

547

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Juillet 1904, à 1 heure.

PAR

Jules MARTIN

Né à Revel (Haute-Garonne), le 8 Août 1872

DE LA PERCÉE DES DENTS

CHEZ LES NOURRISSONS

Président : M. BUDIN, *professeur*

Juges : { MM. BONNAIRE, *agrégé*
DEMELIN et POTOCKI, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIASDUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		RECLUS.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
Clinique médicale.....	}	HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Maladie des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	}	TILLAUX.
		LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....		TERRIER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		BERGER.
Clinique d'accouchements.....	}	DE LAPERSONNE
Clinique gynécologique.....		GUYON.
Clinique chirurgicale infantile.....		BUDIN.
		PINARD.
		POZZI.
		KIRMISSON
Agrégés en exercice.		
MM.		
ACHARD	FAURE	LEGUEU
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE
BEZANÇON	TOURETTE	MARION
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	POTOCKI
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY
CUNEO	JEANSELME	RENON
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFEL (chef
DUPRE	LEGRY	des travaux anat.)
		TEISSIER
		THIERY
		THIROLOIX
		THOINOT
		VAQUEZ
		WALLICH
		WALTHER
		WIDAL
		WURTZ

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. T. R.

Ma fiancée.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON EXCELLENTE MÈRE

Pieux hommage.

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A TOUS NOS MAITRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

En remerciements de l'enseignement précieux qu'ils nous
ont donné, en témoignage de notre très vive reconnaissance.

De la Percée des Dents chez les Nourrissons

AVANT-PROPOS

En donnant à notre thèse inaugurale le titre *De la percée des dents chez les nourrissons*, nous avons voulu bien spécifier entre quelles limites nous avions le désir de nous maintenir.

La percée des dents, phase ultime de l'évolution du follicule dentaire, forme, seule, le sujet de notre travail ; mais ce phénomène, fort simple en apparence, va nous amener à envisager un certain nombre de points de vue, à examiner un certain nombre de faits, qui ont été l'origine de très nombreux travaux, sur lesquels cependant l'accord est loin d'exister, maintenant encore.

Après avoir dit quelques mots de l'historique de la question, nous aurons à étudier successivement : l'époque et l'ordre d'apparition des dents avec les circonstances qui peuvent les modifier ; les manifestations qui accompagnent le travail de percée des

dents ; nous essaierons enfin de faire le départ entre ce qui appartient réellement, physiologiquement parlant, au travail ultime de dentition, et ce qui peut l'accompagner anormalement. Nous avons conscience de n'avoir pas qualité pour trancher un débat qui a passionné les sociétés savantes, et divisé les médecins les plus éminents : mais grâce à notre passage à la clinique Tarnier, nous avons pu observer les phénomènes qui accompagnent la percée des dents, chez un grand nombre d'enfants, parmi ceux qui suivent les Consultations de nourrissons du mardi et du vendredi ; nous avons trouvé là — chance que tant d'autres n'ont pas — un champ d'observations où la science, la clairvoyance de notre Maître, M. le professeur Budin, nous ont servi de guide précieux pour discerner la part exacte qui revenait à la dentition dans les accidents, peu fréquents à la vérité, que les enfants ont présentés. Nous avons pu y apprécier le talent d'investigation de notre Maître, la tendre sollicitude qu'il témoigne aux mères comme aux enfants ; son expérience bien connue nous servira plus d'une fois, au cours de notre pratique, dans un pays, surtout, où si nous devons en croire Pamard, la percée des dents serait d'une telle gravité.

Nous n'avons garde d'oublier, en terminant, notre excellent ami le Dr Ch. Dévé ; c'est lui qui nous a indiqué le sujet qui fait l'objet de cette thèse et les conseils qu'il nous a donnés nous ont été d'un précieux secours : nous sommes heureux de l'en remercier ici.

HISTORIQUE

Il est de règle qu'à la base de tout travail soit placée une étude rétrospective de toutes les recherches entreprises, de toutes les pierres apportées antérieurement à l'édification du bâtiment. Tracer l'histoire de cette question de la première dentition et de tous les accidents dont elle a été accusée à tort ou à raison, est chose à peu près impossible, cependant, car il faudrait passer en revue toute la littérature médicale, depuis les livres hippocratiques jusqu'aux traités les plus récents de pathologie infantile.

Nous nous bornerons donc à indiquer rapidement toute la période qui va depuis Hippocrate jusqu'aux travaux de Rosen de Rosenstein.

Le Père de la médecine fait quelques remarques sur l'âge de la percée des premières dents, et attribue à leur apparition l'irritation des gencives, la douleur, la diarrhée, les convulsions enfin (70). Tous les premiers travaux ne sont que la confirmation des théories hippocratiques : tels sont le *Traité de la dentition* d'Eustachius (48), la *Physiologie de la dentition* de Duverney (46), les recherches de Haller sur la marche de la dentition et les accidents qui l'accompagnent (63). L'observation fort peu en honneur est sou-

vent remplacée par l'imagination : Ingrassias n'hésite pas à admettre une première dentition pendant la vie intra-utérine.

Vers la fin du XVIII^e siècle, Rosen de Rosenstein décrit avec force détails les maladies de la dentition, donne des conseils aux mères, et indique les traitements à suivre pour guérir les accidents de dentition et *les prévenir*. Pour durcir les dents, il croit à l'efficacité de l'usage du lait de bonne qualité, et recommande de frotter fréquemment les gencives dès le troisième mois pour rendre plus facile leur perforation par les organes dentaires (112).

Pour la première fois, semble-t-il, avec Girtanner et Hunter, l'idée est émise que sont probablement quelquefois attribués à tort à la percée des dents un certain nombre des accidents dont elle est accusée (58).

Pour Hunter les dents avant leur sortie jouent le rôle de corps étrangers et produisent une inflammation locale qui serait la source de tous les accidents observés : il n'existe qu'un moyen d'empêcher les complications, c'est d'inciser les gencives (69).

L'opinion restrictive de Hunter rencontre un partisan convaincu en Bunon, qui s'attaque en particulier aux convulsions. Il n'attribue à la dentition que les convulsions limitées à la face (26).

A Baumès revient l'honneur d'avoir le premier attiré l'attention sur l'importance qu'il faut probablement attribuer à l'état du tube digestif antérieur.

rement à la percée des dents, et les altérations de l'organisme par les atteintes de maladies antérieures (8).

Exposer l'historique de la question à partir de ce moment nous entraînerait forcément au cœur même du sujet que nous nous sommes proposé de traiter ; pour éviter des redites inutiles, et pour rendre plus aisée la compréhension d'une telle étude, nous préférons former deux groupes des opinions émises par les auteurs, suivant qu'elles ont été favorables ou opposées à l'existence des accidents attribués à la dentition, et les exposer successivement : cette étude se confond, comme il est facile de le comprendre, avec l'objet même de notre travail.

CHAPITRE I

De la percée des dents. — Age d'apparition et ordre d'éruption des dents.

Dans cette étude nous envisagerons successivement la percée physiologique, normale des dents, et nous dirons ensuite quelques mots de leur éruption anormale, précoce ou retardée.

1° A quel âge paraît en général la première dent ?

Cette question paraît fort simple à résoudre : il semble qu'il suffirait de noter chez le plus grand nombre possible d'enfants l'âge auquel la première dent est apparue, d'établir un pourcentage de fréquence à chaque âge, et d'indiquer comme date la plus habituelle le mois dont le pourcentage est le plus élevé : C'est ce qu'ont fait quelques auteurs ; c'est ainsi qu'ont opéré Bensengre (de Moscou) et Magitot.

Bensengre a relevé chez 525 enfants le moment auquel la première dent est apparue, et voici les chiffres qu'il a obtenus :

A la naissance	0 fois
A 1 mois	0 »
A 2 »	1 »
A 3 »	3 »
A 4 »	8 »
A 5 »	35 »
A 6 »	43 »
A 7 »	104 »
A 8 »	88 »
A 9 »	43 »
A 10 »	80 »
A 11 »	33 »
A 12 »	63 »
A 2 ans	22 »
A 3 »	2 (rachitiques).

Ainsi, c'est dans le courant du septième mois que, pour lui, apparaît le plus ordinairement la première dent.

Magitot, dont les observations portent sur un nombre de cas à peu près identique (500 cas) donne les chiffres suivants :

A la naissance	1 fois
A 1 mois	2 »
A 2 »	3 »
A 3 »	9 »
A 4 »	10 »
A 5 »	39 »
A 6 »	45 »
A 7 »	105 »
A 8 »	88 »
A 9 »	49 »
A 10 »	89 »
A 11 »	38 »
A 12 »	12 »
A 2 ans	10 »

La conclusion est exactement la même : là encore le septième mois est l'âge auquel apparaît le plus souvent la première dent.

Nous ne pensons pas qu'il faille attribuer à ces chiffres plus de valeur qu'il ne convient généralement d'en attribuer à des statistiques aussi simplement dressées. Nous le disons ici, simplement en passant, car nous aurons l'occasion de revenir bientôt sur ce point.

Pour Trousseau c'est aussi vers le septième mois qu'apparaîtrait la première dent ; mais nous ignorons comment il s'y est pris pour asseoir cette opinion.

Trousseau se contredit dans une clinique qui a paru dans la *Gazette des hôpitaux* en 1848. Voici d'ailleurs de quelle façon Trousseau s'exprimait :

« A quel âge percent les dents ? Si je voulais parler des exceptions, je pourrais dire que des enfants naissent avec des incisives, que d'autres ont leurs dents au cinquième mois ; mais nous devons surtout nous occuper de ce qui arrive le plus fréquemment. *Vers le 3^e mois (troisième) de la vie, ordinairement*, sortent les premières incisives. »

Pour M. Comby, les premières dents sortiraient vers le sixième mois.

Pour Moekel c'est du sixième au huitième mois.

Pour Seigneur, — qui distingue entre les enfants nourris au sein et les enfants nourris au biberon, — la première dent paraît le plus souvent à huit mois chez les enfants nourris au sein, à dix mois chez les enfants nourris au biberon.

2° *A quel âge la première dentition est-elle terminée ?*

Pour Trousseau l'enfant aurait les 20 dents qui composent la première dentition vers l'âge de 30 mois; pour Magitot, vers l'âge de 30 à 33 mois; pour Mœkel, de 20 à 30 mois; pour Comby, entre 20 et 26 mois. Les mêmes causes d'erreurs, les mêmes causes, disons-le par avance, qui influent sur le moment de la percée des dents, se retrouvent ici, et nous expliquerons aisément pourquoi les dates fixées par les auteurs ne sont pas identiques.

3° *Ordre et âge d'apparition des dents.*

Eruption normale. — Trousseau, au point de vue de leur percée, groupait les dents en cinq groupes. Pour lui, les deux incisives inférieures médianes (premier groupe) sortent les premières, dans le courant du septième mois. Puis apparaît le groupe incisif supérieur (deuxième groupe), les incisives médianes perçant avant les latérales (treizième mois). Les incisives inférieures latérales suivies des premières molaires forment le troisième groupe (dix-huitième mois). Puis viennent les canines (quatrième groupe : vingt-quatrième mois), et enfin les grosses molaires (cinquième groupe : trentième mois).

Trousseau ajoute, toutefois, que cet ordre de succession subit de nombreuses exceptions.

Quelque peu différentes sont les dates qu'il donne dans la clinique que nous venons de citer : « Vers le 3^e (troisième) mois de la vie, ordinairement, sortent les premières incisives ; du dixième mois jusqu'à un an, les quatre incisives supérieures ; du quatorzième au seizième, les deux incisives latérales inférieures et les quatre premières molaires ; vers 20 ou 22 mois, les quatre canines ; et enfin de 30 à 36 mois, les quatre secondes molaires ; il est rare que toutes les dents aient paru avant le trentième mois ».

Magitot donne un ordre différent et des dates différentes.

Incisives médianes inférieures.	. . .	7 ^e mois
— — supérieures	. . .	10 ^e —
— latérales inférieures	. . .	16 ^e —
— — supérieures	. . .	20 ^e —
Prémolaires inférieures		24 ^e —
— supérieures		26 ^e —
Molaires inférieures		28 ^e —
— supérieures		30 ^e —
Canines inférieures		} 30 ^e à 33 ^e mois
— supérieures		

Mœkel :

Incisives inférieures médianes.	. . .	6 à 8 mois.
Incisives supérieures médianes	. . .	quelques semaines plus tard.

Incisives inférieures latérales. . .	}	7 à 9 mois.
Incisives supérieures latérales . .		
Premières molaires inférieures . .	}	12 à 14 mois.
Premières molaires supérieures . .		
Canines		15 à 20 mois.
Deuxièmes molaires		20 à 30 mois.

Hervieux cite cet ordre :

Incisives inférieures médianes.
 Incisives supérieures médianes.
 Incisives supérieures latérales.
 Incisives inférieures latérales.
 Canines.
 Premières molaires supérieures.
 Premières molaires inférieures.
 Deuxièmes molaires.

M. Comby indique approximativement :

Incisives :	du 6 ^e au 12 ^e mois
Prémolaires :	12 » 15 »
Canines :	15 » 18 »
Molaires :	20 » 26 »

Pour Seigneur, voici l'ordre et l'âge de fréquence maxima de sortie des dents :

	Sein	Biberon
	8 ^e mois	10 ^e mois
Incisives inférieures médianes		
— supérieures,	10 »	12 »
— — latérales	11 »	13 »
— inférieures —	14 »	16 »
Prémolaires supérieures	16 »	18 »
— inférieures	17 »	18 »
Canines supérieures	20 »	19 »
— inférieures	20 »	22 »
Secondes molaires supérieures.		
— — inférieures.		

Pour établir cet ordre et ces dates, Seigneur s'est contenté de totaliser les cas où les dents sont sorties dans l'ordre naturel et ceux où l'ordre était « interverti, » et de faire les pourcentages, pour chaque groupe dentaire ; voici ses chiffres :

	Enfants	Ordre naturel	Ordre interverti	Proportion o/o à sa place
Inc. inf. méd.	687	669	18	97
— sup. —	609	552	57	90
— — latér.	546	489	57	89
— inf. —	492	394	98	80
Prémol. sup.	369	354	15	95
— inf.	294	282	12	95
Canines sup.	198	177	21	89
— inf.	174	156	18	89

Malgré l'autorité qui s'attache aux travaux de Magitot nous croyons que l'ordre d'apparition et les dates indiquées par M. Comby se rapprochent davantage de la réalité ; car, pour les établir il a tenu compte d'un certain nombre de facteurs qui nous semblent des plus importants.

Pour fixer l'époque normale, physiologique, de la percée des dents, il est capital de tenir compte de l'état de santé actuel, *antérieur surtout* de chaque enfant, c'est-à-dire du terrain. Si l'on ne tient pas compte de ces conditions, tout travail de statistique pêche par la base, et toutes les déductions risquent fort d'être prises à faux.

On a dit beaucoup de mal des statistiques : c'est un tort, on devrait bien plutôt incriminer la façon dont elles sont établies. Ce n'est point la statistique qui

est coupable, c'est le statisticien, qui n'a passongé à étudier, à classer en catégories, chapitres, sous-chapitres, divisés et subdivisés eux-mêmes, tous les matériaux qui se présentent à lui. L'observation est chose extrêmement difficile, et cependant, il faut le dire hardiment, c'est sur des faits mal observés qu'on base des statistiques, et en conséquence, des interprétations.

Dans le cas qui nous occupe spécialement, pour fixer l'ordre et l'âge d'apparition normale, physiologique, des dents, il faut les étudier chez des enfants *nés à terme, normalement nourris et bien nourris, dont la courbe de poids s'est rapprochée aussi près que possible de la courbe schématique, chez des enfants n'ayant présenté à aucun moment de troubles pathologiques d'aucune espèce, digestifs en particulier.*

C'est dire qu'il faut écarter les enfants élevés au biberon, car ils ne sont pas dans les conditions d'un développement physiologique.

Chez l'enfant normal ainsi défini, c'est vers le sixième mois qu'apparaîtront les premières dents, les incisives inférieures médianes ; mais il arrive fréquemment qu'elles n'apparaissent, même chez eux que dans le huitième, et même plus tard. Les deux incisives médianes inférieures sortent quelquefois simultanément, le plus souvent à quelques jours d'intervalle, deux ou trois jours en général.

Un mois et demi après, apparaissent les incisives homologues de la mâchoire supérieure, puis les

latérales, en sorte que vers la fin du dixième mois, du groupe des incisives, 6 sont sorties.

Du dixième au douzième sortent les deux dernières (incisives latérales inférieures).

Tel est l'ordre habituel dans lequel sortent les incisives.

Le groupe des premières molaires apparaît après le groupe incisif : Le plus souvent, il y a un intervalle de repos de 1 à 3 mois entre la fin de la percée des incisives et la sortie des premières ou petites molaires, pour lesquelles, à l'inverse des incisives médianes, ce sont les supérieures qui sortent les premières.

Puis vient le tour des quatre canines, les supérieures précédant les inférieures : leur sortie s'effectue de 16 à 20 mois.

Après un long temps d'arrêt, vers le vingt-quatrième mois sortent les quatre grosses molaires, qui mettent un temps variable à sortir ; vers 28 à 30 mois, la première dentition est entièrement achevée.

Si l'on en croit les remarques de Trousseau, l'éruption des dents serait plus précoce chez les filles que chez les garçons.

Anomalies de l'éruption. — 1^o *Portant sur l'ordre.* — Cet ordre, qui est de beaucoup le plus habituel, souffre cependant des exceptions qui sont loin d'être rares.

Parmi les plus fréquentes des « anomalies physiologiques » pourrait-on dire si ces deux mots ne juraient pas d'être associés, il faut noter l'enchevêtrement des incisives latérales inférieures et des petites

molaires. Tantôt on voit les incisives supérieures naître avant les inférieures, les latérales supérieures avant les médianes, les incisives latérales inférieures ne se montrer qu'après les canines. Toutes les variétés peuvent se rencontrer, exception faite cependant pour les secondes molaires qui sortent toujours les dernières : c'est ainsi, du moins, que nous avons toujours vu les choses se passer, et au cours de nos recherches nous n'avons pas vu mentionner de cas où la percée d'une ou de plusieurs grosses molaires précédait la sortie d'une dent d'un autre groupe, exception faite toutefois pour l'opinion de Magitot qui fait naître les canines après les grosses molaires.

2^o *Portant sur le moment.* — Les anomalies peuvent porter également non plus sur l'ordre de la sortie des dents, mais sur le moment de l'éruption. Nous avons mentionné le retard de l'éruption qu'on observe quelquefois même chez les enfants sains, normaux. Non moins intéressants sont les cas où l'éruption se fait d'une façon *précoce*.

Tous les médecins ont vu des enfants ayant déjà des incisives à cinq, quatre et trois mois, et nous en avons vu nous-même plusieurs exemples à la clinique Tarnier. On a noté l'existence de dents à des âges moins avancés encore. Comby a vu un enfant qui avait ses deux incisives médianes inférieures à 3 mois $1/2$, et qui, à cinq mois, avait en outre trois de ses quatre incisives supérieures.

Il est vrai qu'on a cité des enfants qui dès la naissance étaient munis de dents. La littérature médicale

en possède quelques exemples. Sans parler des deux Romains (Curius Dentatus et Papirius Corbon) dont parle Pline, nous rappellerons pour mémoire que Louis XIV et Mirabeau auraient eu des dents à la naissance. Quoi qu'il en soit, ces faits sont rares.

Blot, sur 20.000 naissances, n'en a pas observé un seul cas.

A la Maternité de Paris, pendant une période de dix années (de 1858 à 1868), sur 17.578 nouveau-nés, trois seulement présentaient des dents : deux sont nés avec leurs deux incisives supérieures médianes et le troisième avec ses deux incisives inférieures médianes (Magitot. Art. « Dents » du *Dict. Encycl. des Sc. Méd.*).

Tarnier, Guéniot, Massé, Giraldès, Sappey et Thon, Mattei, en ont rapporté des exemples.

L'éruption précoce porte toujours sur les incisives, et l'on n'en compte qu'une ou deux, jamais plus.

Les causes véritables de cette éruption précoce nous échappent complètement, bien qu'on ait cherché dans l'anatomie comparée l'explication de ces raretés. On a prétendu que, à l'instar de ce qui est chez les animaux, plus l'individu arrivait tôt à l'âge adulte, plus la brièveté moyenne de la vie était grande, par conséquent, et plus il y avait de chance que les dents se montrent tôt. Le fait a été signalé chez l'homme, chez les Lapons et les Esquimaux, en particulier. Magitot l'a constaté chez les peuplades voisines du pôle.

On a dit que les dents sorties ainsi prématurément

avaient une vitalité et une existence très compromise et éphémère. Tel n'est pas l'avis de Magitot : « Ordinairement, les dents sorties avant l'époque physiologique effectuent régulièrement leur développement. Elles prennent peu à peu tous les caractères de la série à laquelle elles appartiennent, de telle sorte que lorsque la première dentition est complètement effectuée rien ne les distingue plus des autres : leur couleur, leur forme, leur position sont normales, et leur chute ultérieure se fait à la date ordinaire sans influencer l'époque d'apparition des dents permanentes ».

L'ablation systématique des dents constatées dès la naissance telle que la recommandaient quelques-uns n'est donc pas absolument nécessaire, tant s'en faut, si l'on se place uniquement au point de vue de l'avenir de la (ou des dents) prématurément apparue, fût-elle même existante à la naissance de l'enfant.

Nous laissons absolument de côté, est-il besoin de le dire, les raisons d'ordre extra-médical invoquées pour les enlever, du temps où l'éruption précoce passait pour un présage défavorable à l'enfant... Il est vrai que la signification inverse a été admise également, et que, pour quelques-uns, l'avenir le plus brillant était annoncé à celui qui avait le rare bonheur de naître avec une dent !...

Beaucoup plus fréquents sont les cas où l'éruption des dents se trouve *retardée*. Mais ce terme, tout d'abord, aurait besoin d'être nettement défini, et c'est chose bien difficile. Pour parler de retard, avec cer-

titude, il faudrait connaître avec certitude aussi le moment où les dents doivent normalement sortir ; or, nous venons de voir que les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point.

M. Comby dit : « Passé 7 mois, on peut dire que l'éruption des dents est en retard ». Une telle précision ne nous semble pas légitime, car nous avons vu fréquemment des enfants percer leurs premières dents à 8 mois sans que rien dans leur passé et dans leur état actuel puisse faire penser avec quelque raison que leur développement avait été anormal : dès lors il semble difficile d'admettre que, seule, l'éruption dentaire serait anormale. Nous croyons, en fixant entre le sixième et le huitième mois, le moment normal de l'apparition de la première dent, qu'on peut dire que tout enfant qui perce sa première dent *dans le courant du neuvième mois* est un enfant dont la dentition est *vraisemblablement retardée*.

Les causes du retard de l'éruption sont nombreuses ; les unes tiennent à ce que l'enfant est né avant terme : il est ordinaire de voir les débiles n'avoir leurs premières dents que vers 9 et 10 mois, comme si au nombre de mois qui s'écoulent chez l'enfant né à terme entre la naissance et la percée de la première dent s'ajoutait le temps que l'enfant aurait dû passer encore dans la cavité utérine s'il avait dû naître à terme. En réalité, pour eux, le temps qui s'ajoute aux 6 ou 8 mois habituels dépasse le plus souvent la différence de la durée de la gestation à la durée normale de la grossesse.

Toute cause qui retentit sur l'état de santé de l'enfant retarde le moment de l'apparition des dents.

Parmi celles-ci, il faut mentionner en première ligne les troubles gastro-intestinaux, soit qu'ils aient été intenses, et de durée relativement courte, soit d'intensité moyenne, légère même, mais ayant duré longtemps : ces conditions dernières sont de beaucoup les plus habituelles. Ce n'est un mystère pour personne que les enfants élevés au biberon — et par cela même exposés aux troubles dyspeptiques chroniques — percent en général leurs dents plus tard que les enfants nourris au sein à la condition toutefois qu'ils aient été *convenablement nourris au sein*. Le même fait se montre d'une façon encore plus évidente chez ceux qui reçoivent prématurément une alimentation solide : il est d'observation courante de voir chez eux la dentition achevée seulement à 3 ans ou 3 ans $\frac{1}{2}$.

Lecture a été donnée à l'Académie de médecine (séance du 16 mai 1899), d'un travail de M. Lédé sur l'évolution dentaire des enfants placés en nourrice, qui confirme cette manière de voir, car nous savons quelle alimentation grossière les enfants reçoivent en nourrice, dans la grande majorité des cas.

Le rachitisme, aboutissant normal de la gastro-entérite chronique, entraîne par cela même, obligatoirement on peut le dire, une éruption dentaire retardée. On disait il n'y a pas encore longtemps que le travail de dentition prédisposait quelquefois au rachitisme. C'est là une opinion que rapporte

M. Comby. Avec lui, et avec tous les auteurs qui se sont occupés de la question, nous renversons la proposition, car soutenir une telle opinion, c'est prendre l'effet pour la cause : autant dire que les enfants qui marchent tard sont prédisposés au rachitisme.

La syphilis héréditaire est incriminée également assez généralement comme entraînant des retards dans l'éruption dentaire. Nous ne pensons pas qu'ainsi formulée cette opinion soit exacte.

Chez ceux qu'elle ne tue pas, la syphilis héréditaire, non soignée, entraîne un ralentissement bien connu dans la courbe des poids, un développement incomplet, une sorte « d'inaptitude à la vie », suivant l'expression de M. Boissard : Quoi d'étonnant dès lors, chez ces enfants, que l'évolution des dents participe à ce retard général du développement. Il n'en est plus de même lorsque la syphilis est dépistée de bonne heure chez l'enfant, soignée de bonne heure, énergiquement et longtemps traitée, surtout si elle est soignée avant la naissance de l'enfant, au cours de la grossesse. Ces enfants s'élèvent alors parfaitement, et à l'exception de certaines conformations des bosses frontales qui sont saillantes, d'une exagération du développement des veines du front, de cette dystrophie veineuse qui, à tort ou à raison, est considérée comme fréquemment spécifique, et de quelques-autres signes en faveur de l'existence probable de la syphilis, il serait difficile, pour ne pas dire impossible, de reconnaître sur ces enfants l'empreinte de la tare héréditaire. Les enfants spécifiques, bien

soignés et soignés de bonne heure, percent leurs dents normalement, c'est ce que nous avons pu constater à la Consultation de nourrissons de la clinique Tarnier: c'est une remarque qu'avait déjà faite le Dr Dévé chez les enfants hérédospécifiques qui, en assez grand nombre, sont surveillés et soignés à la Consultation de nourrissons de M. Boissard.

On a constaté également le retard de l'éruption dentaire chez certains enfants issus de père ou mère idiot ou crétin: nous n'avons pu vérifier le fait.

Une maladie quelconque aiguë, bronchite, broncho-pneumonie, rougeole, surprenant le nourrisson avant la sortie des premières dents produira le même effet que les causes que nous venons de passer rapidement en revue, que l'allaitement artificiel ou tout autre mode défectueux d'alimentation en particulier.

De même une maladie aiguë, frappant sévèrement un nourrisson en période de dentition, retardera la percée des dents qui restent à sortir alors que les dents percées antérieurement sont sorties à des dates régulières.

Nous connaissons les traces dentaires que laissent l'atteinte des maladies comme elles en laissent aux ongles où les troubles de la nutrition se traduisent par la formation d'un bourrelet corné: lésions des dents percées, retard des dents à percer sont deux manifestations du même ordre sur des organes à des stades différents de leur évolution.

Parmi ces maladies il en est deux qui retentissent surtout sur l'éruption dentaire: les troubles gastro-

intestinaux graves ou de longue durée avec leurs conséquences (rachitisme, athrepsie) et la coqueluche. Nous avons suffisamment insisté sur la première pour n'y pas revenir ici, mais nous croyons bon de mentionner particulièrement la seconde. La coqueluche frappe, somme toute, assez rarement le nourrisson avant six mois, mais quand elle l'atteint, il reste touché pendant très longtemps. M. Variot, dans un article récent de la *Clinique infantile* décrit, à son tour, la stagnation de poids chez les enfants qui ont présenté des troubles gastro-intestinaux de longue durée.

Cet état quasi-stationnaire du poids se retrouve également chez les petits coquelucheux. Le développement de tout leur organisme subit une stagnation absolument analogue à celle de leur poids, et qui est bien faite pour nous expliquer le retard souvent considérable que présente chez eux la percée des dents.

Enfin, et c'est là une de ces contradictions qui ne serait qu'apparente à coup sûr si nous connaissions toutes les données du problème, contradiction expliquée comme il en est tant dans la pathologie, dans la pathologie des nourrissons surtout, s'il est des enfants qui présentent, quoique bien nourris et bien portants, un retard dans leur évolution dentaire, on observe aussi des enfants qui ont une dentition normale ou même précoce, bien qu'ils aient été élevés en dehors des principes même élémentaires de l'hygiène alimentaire : c'est là une constatation qui nous

surprend, et que nous nous bornons simplement à faire.

Dès lors, on comprend combien il est difficile de fixer l'époque de l'apparition normale des dents : dans la statistique qu'il a établie et que nous avons citée plus haut, Bensengre a pris soin de noter, pour les deux cas où la première dent est apparue à trois ans, qu'il s'agissait de rachitiques : nul doute qu'un très grand nombre des enfants qui ont servi de base à sa statistique étaient malades aussi, quoique à des degrés divers. Si Bensengre, Magitot, ont donné des dates si variables pour chaque groupe dentaire, si les auteurs même les plus récents sont loin d'être d'accord sur ces mêmes dates, cela tient d'une manière évidente à nos yeux à ce qu'ils n'ont pas fait une critique suffisamment rigoureuse de leurs observations. Sur ce terrain tout ou presque tout est à refaire, mais nous convenons que c'est une besogne des plus longues et des plus laborieuses.

Grâce à la surveillance constante et prolongée des enfants, même bien portants, telle qu'elle est faite dans les Consultations de nourrissons, pour le plus grand bien des enfants, quoiqu'on en ait pu dire, grâce aux observations rigoureuses qu'on y prend des petits nourrissons surveillés, on pourra reprendre ces recherches, les établir sur des bases moins discutables, et donner alors des chiffres se rapprochant davantage, sans aucun doute, de ce qu'ils devraient être.

CHAPITRE II

*Des accidents qui accompagnent l'éruption des dents,
dits « Accidents de dentition ».*

Adversaire, nous le disons par avance, de la croyance à l'existence des accidents de dentition — pour la très grande majorité des accidents tout au moins — et afin de réunir dans un chapitre d'ensemble les troubles que l'on peut mettre avec vraisemblance sur le compte de la percée des dents, nous ne mentionnerons, pour ainsi dire, dans ce chapitre que ce qui, à nos yeux, a été attribué à tort à l'éruption physiologique des dents, sans discuter les opinions, sans commentaire en un mot.

Les troubles attribués à la dentition sont si nombreux qu'il est bon de les classer en diverses catégories, pour en faciliter l'exposé. Plusieurs classifications ont été proposées ; troubles locaux, troubles sympathiques, troubles sans lésions apparentes ; pour d'autres : troubles locaux, troubles généraux, troubles éloignés, etc. Aucune classification ne nous permettant de ranger les différents troubles sans faire

appel à la pathogénie... pathogénie fort variable suivant les auteurs... nous suivrons un ordre plus simple, plus élémentaire, mais qui a le mérite d'éviter un oubli. Nous examinerons ces troubles en prenant les « appareils » les uns après les autres.

De tous temps on a accusé le travail des dents d'être pour les enfants une cause de « douleur locale » pour les uns, « d'irritation » pour les autres.

La dent provoque un gonflement du bord alvéolaire, gonflement qui peut provoquer l'apparition de troubles digestifs graves et auxquels on remédiait par l'incision unguéale ou instrumentale de la gencive.

On note très souvent une exagération marquée de la salivation.

Localement encore, on a observé la formation d'abcès pré-dentaires, avec suppurations consécutives.

Dans d'autres cas, l'inflammation ne reste pas localisée à la muqueuse gengivale, elle peut s'étendre à tout ou partie seulement de la muqueuse buccale, et donner naissance alors à des stomatites, dont M. Comby donne une longue description.

1^o *Stomatite pullacée*. — Caractérisée par la présence d'un exsudat opalin ou crèmeux.

2^o *Stomatite ulcéreuse*. — La stomatite pullacée s'accompagne quelquefois d'une perte de substance d'une ulcération large de la gencive, ulcération qui peut s'étendre et gagner différents points des gencives, de la langue, des joues, du palais.

3^o *Stomatite aphtheuse ou herpétiforme*. — Carac-

térisée par des érosions petites, isolées, disséminées et régulièrement arrondies.

4° *Stomatite ulcéro-membraneuse*. — Son apparition est presque exclusivement liée, quand elle a lieu à l'éruption des molaires. Elle est caractérisée par des ulcérations étendues, irrégulières et profondes. La salivation est abondante, l'haleine fétide ; les ganglions sous-maxillaires sont engorgés, la fièvre est vive, il y a de la diarrhée quelquefois ; l'enfant refuse de prendre le sein. M. Comby ajoute qu'il s'agit le plus souvent dans ces cas d'enfants mal nourris, dont les dents ont une implantation vicieuse ou se carient au fur et à mesure que leur sortie s'effectue.

5° *Périostite alvédo-dentaire*. — La périostite alvédo-dentaire est le plus souvent associée à la présence des dents cariées, elle se termine suivant les cas par résolution ou par suppuration. Lorsque la suppuration se produit, le pus se fait jour en dedans ou en dehors, à travers la peau.

L'adénite qui l'accompagne est fréquemment une adénite suppurée qui réclame l'intervention ou s'ouvre spontanément, en dedans ou en dehors.

B) *Troubles digestifs*. — De tous les accidents attribués à la dentition, les troubles digestifs, la diarrhée en particulier, sont ceux qui passent pour les plus fréquents. Nous nous contenterons de ne citer que quelques opinions, émises à ce sujet par des médecins éminents.

« Dans les climats chauds et de même dans

la saison chaude, disait Pamard, tout travail dentaire s'accompagne de phénomènes réflexes du côté des organes digestifs ». Pour étayer sa conviction, Pamard dit encore : « Dans notre Midi, tout enfant qui fait ses dents dans la saison chaude de l'année est *fatalement condamné*, si on ne peut lui rendre son alimentation habituelle : le lait » (97).

Pour Trousseau, « il y a coexistence fréquente », d'où relation évidente de cause à effet. « En dehors de toute dentition, dit-il en effet, un quart des enfants ont de la diarrhée, tandis que sur un nombre déterminé d'enfants en pleine éruption dentaire, *les deux tiers en sont atteints* » (127).

Pour Charpentier, « l'enfant qui fait ses dents, a les gencives grosses, douloureuses, enflammées, delà des difficultés dans son alimentation, difficultés qui entraînent à leur tour des troubles gastriques puis intestinaux. L'enfant tétant mal, digère mal, de là ces diarrhées *si fréquentes* au moment de la dentition, et qui constituent si bien une maladie réelle, que l'enfant *peut succomber du fait seul de la diarrhée* » (31).

Pour Péter, « *il est évident* que le travail de la dentition provoque *fatalement* du côté de la gencive une hyperhémie qui a pour conséquence la production de phénomènes réflexes variés. L'abondante salivation des enfants dans ces conditions est la première de ces manifestations réflexes; mais il en est d'autres, telles que l'hypersecretion du suc gastrique, d'où apparition de *vomissements*, et l'hypersecretion

du liquide intestinal, d'où *diarrhée*, qui, dans certains cas, peut revêtir le caractère cholériforme et amener la mort (100).

Pour Blachez, « les troubles des fonctions digestives sont peut-être ceux qu'on observe *le plus fréquemment* pendant la dentition... Sur 138 enfants en dentition, Bouchut a constaté 112 fois la diarrhée... Ch. West, relevant 2.129 cas de diarrhée, montre que la moitié des cas a été observée chez les enfants âgés de 6 mois à 2 ans, et correspond par conséquent à l'époque où ce travail de la dentition est le plus pénible (15) ».

Blachez, d'ailleurs, donne complaisamment des caractères de ces diarrhées de dentition :

« Ces diarrhées peuvent être légères, cholériformes. Quelquefois elles revêtent une intensité menaçante par leur abondance, leur caractère glaireux et quelquefois sanguinolent, leur couleur jaune d'abord puis tournant rapidement au vert. »

Un de leurs caractères, qui permet d'en bien reconnaître la nature et *la cause*, est précisément leur résistance à toute espèce de traitement ».

Pour Blachez encore, l'apparition de vomissements au moment où la diarrhée de dents existe serait une « complication des plus dangereuses ».

Guersant dit que les vomissements associés à la diarrhée seraient plus fréquents au moment de la sortie des canines ou des molaires (60).

Vogel (de Dorpat) émet l'opinion que ces diarrhées sont liées à la salivation abondante qui accompagne

la dentition. La déglutition de cette salive, toujours chargée de sels ferait l'effet d'un « véritable purgatif ».

G) *Troubles respiratoires.* — Chacun sait combien les femmes croient volontiers que « si leur enfant tousse, c'est qu'il va percer une dent » : c'est même grâce à cette croyance qu'elles laissent terrasser leurs enfants par la broncho-pneumonie, alors que de dents il n'en est pas question. On a signalé des bronchites, des broncho-pneumonies, de la toux coqueluchoïde, d'après Guersant, les affections du larynx sont assez fréquentes au cours du travail de dentition.

Ch. West, à ce point de vue, est très affirmatif et signale en particulier le spasme glottique, la laryngite striduleuse comme une maladie coïncidant très souvent avec la dentition, au point que sur 37 cas, il en a observé 31 chez des enfants âgés de six mois à deux ans. Il l'attribue à l'irritation du trijumeau, et à des congestions des centres nerveux.

D) *Fièvre.* — Pour Blachez, la fièvre est la complication qu'on observe *le plus généralement* : elle peut exister seule ou accompagner d'autres manifestations morbides (15), Blachez a noté 41,9 chez un enfant en travail de dentition (17).

Peter « a pu constater que la percée des dents accuse au thermomètre placé dans la bouche une élévation parfois de près de 2 degrés sur la température normale » (100).

D'après Rilliet et Barthez, cette fièvre de dentition se caractérise par son irrégularité, on la voit survenir surtout chez les enfants délicats et nerveux, aus-

sitôt que l'éruption dentaire provoque des douleurs « continues ». Elle tombe au moment des accalmies, se réveille avec les souffrances. L'augmentation de la température, l'accélération du pouls s'accompagnent d'une coloration marquée des joues, où la rougeur est le plus souvent disposée par plaques.

« Si la fièvre persiste l'appétit devient nul et la nutrition est atteinte et l'enfant maigrit rapidement ».

E) *Troubles cutanés*. — Sans parler à nouveau des modifications de coloration des joues, on a cité un certain nombre de dermatoses rencontrées au moment du travail de dentition : érythèmes fugaces, éruptions lichénoïdes, eczéma, impétigo. « Elles se rangent *par leur fréquence* à côté des convulsions et se rattachent peut-être à la dentition d'une façon *encore plus évidente* ». Pour Blachez, qui a écrit la phrase que nous venons de citer, érythème, eczéma et impétigo sont associés, les deux dernières surtout.

« Ces éruptions, dit-il visant l'eczéma en particulier, sont tenaces, rebelles aux traitements les plus rationnels ; se réveillant tout à coup après avoir paru disposées à s'éteindre. *Bien souvent alors*, si on regarde les gencives, on voit qu'un groupe dentaire a fait son apparition ».

F) *Convulsions*. — Pour Blachez, les convulsions constituent « la complication *la plus fréquente* de la dentition » (15) ; elles sont plus fréquente au moment de la percée des molaires et surtout des canines. C'est pour cette raison surtout d'ailleurs que les

mères redoutent tant la percée de la « dent de l'œil », (*Dentes matribus detestæ*).

Pour Chaumier (de Tours), un de leurs caractères prédominants c'est leur brièveté (32).

Pour Blachez, les convulsions peuvent être limitées (à la face en particulier où elle revêtent la forme de tics) ou généralisées. Pour Bunon, au contraire, les accidents convulsifs qui dépendent de la dentition sont exclusivement limités aux muscles de la face ; les convulsions généralisées ou éloignées sont dues à des maladies du cerveau (27).

G) *Affections oculaires*. — Augé a étudié l'influence de la première dentition sur le développement de la blépharo-conjonctivite, Galezowsky les accidents oculaires qui accompagnent l'éruption des molaires et des canines. Méhas, dans sa thèse inaugurale, envisage dans une vue d'ensemble les rapports pathologiques de l'œil et des dents.

H) *Affections diverses*. — Enfin, nous réunissons dans un même paragraphe quelques affections qu'on ne se serait guère attendu à voir attribuer aux dents : otites (Blachez), varicelle (Guyot (62) blennorrhée (Hunter (71)). Voici d'ailleurs l'observation de Hunter : « Un garçon d'environ deux ans fut pris de douleur et de difficulté pour uriner, et il s'écoula du pus par l'urèthre. Je soupçonnai chez cet enfant l'existence du virus vénérien, et le soupçon tomba naturellement sur la nourrice. Les symptômes diminuaient, disparaissaient entièrement, et revenaient ensuite. On observa enfin qu'ils ne se reproduisaient que

lorque l'enfant faisait une nouvelle dent. Ce phénomène se montra si souvent, si régulièrement et avec tant de constance, *que l'on ne put douter de la réalité de cette cause* ».

Voici, comme conclusions de ce chapitre comment quelques médecins formulent leur opinion sur les accidents de dentition, en général.

Constantin Paul dit que « l'éruption de toutes les dents ne provoque pas à un même degré les accidents de la dentition : les incisives supérieures les provoquent plus souvent que les inférieures ; les canines sortent de l'alvéole sans inconvénients ; les petites molaires sont les plus difficiles à percer (37) ».

Pour Blachez, si « la dentition par elle-même n'est pas une maladie, il est cependant assez rare de la voir parcourir toutes ses périodes sans provoquer chez l'enfant quelques symptômes morbides. C'est la première époque critique de la vie ».

Pour essayer de légitimer la réalité des accidents de dentition, il établit un raisonnement en apparence assez probant, que nous ne pouvons résister au besoin de reproduire dans son entier, car les conclusions sont trop importantes pour les donner sans donner auparavant les prémisses. « Les accidents locaux ne sont que l'exagération des symptômes physiologiques. La gencive normalement turgescente peut devenir très douloureuse, des aphtes peuvent se développer sur la muqueuse voisine, donner lieu à une stomatite plus ou moins étendue. Or, quand on connaît l'extrême susceptibilité des enfants, on s'expli-

querait difficilement *a priori*, que ces désordres, d'abord localisés, n'eussent pas un retentissement sur le reste de l'appareil, en y provoquant une irritation plus ou moins vive qui se traduira par des troubles digestifs variés. Ce qui est applicable à l'appareil digestif est vrai également pour les organes respiratoires, la peau, le système nerveux. De là un ensemble de troubles fonctionnels *ayant pour caractères communs de dépendre de la dentition et de ses différentes phases*, de commencer et de cesser avec elle, sans qu'on puisse faire intervenir, *à moins de forcer les faits*, aucune autre cause ».

Ch. West dit : « Le temps de la dentition est en réalité pour l'enfant une occasion particulière de dangers, bien qu'on ne comprenne pas toujours très bien pourquoi. Les statistiques portant sur les nombres les plus considérables dénotent les *dangers* de cette période, et montrent qu'il y a lieu de se féliciter quand on voit le travail de la dentition terminé ».

Pamard est plus catégorique : pour lui la chose est claire : « *Tout enfant en période d'évolution dentaire est un malade* ».

Trousseau résumant sa clinique, en tire des conclusions pratiques, sur la conduite qu'ont à tenir les médecins dans leur clientèle. Sa clinique est d'ailleurs intitulée : « Du sevrage relativement aux éruptions des dents ». Voici les conclusions qu'il pose et les conseils qu'il donne : « Les deux premières dents sortent ordinairement sans accidents, mais pour les quatre suivantes, il survient quelques troubles.

Cependant l'enfant arrive à un an, sans avoir éprouvé de désordres bien graves.

« A ce moment commence la lutte des parents avec le médecin pour sevrer ; les maris ne veulent plus que leurs femmes nourrissent ; les mères veulent chasser les nourrices ; l'enfant a 6 dents, il fait, dit-on, les dents sans aucune difficulté et on le sèvre.

« Arrive alors la troisième éruption, celle des quatre premières molaires et des incisives latérales inférieures ; *presque toujours il y a des accidents et des accidents assez sévères* ; mais la quatrième éruption, celle des dents canines est de toutes *la plus périlleuse* ».

En conséquence, il donne le conseil de sevrer dans l'intervalle de deux éruptions (d'où l'importance capitale d'en bien connaître les dates), et en particulier dans l'intervalle des éruptions des canines et des grosses molaires, c'est-à-dire lorsque l'enfant a 16 dents. Si la mère n'a pas assez de lait pour que son enfant puisse atteindre la fin de la percée des œillères, il faut l'aider et alimenter l'enfant « d'une manière accessoire ».

Maintenant que nous avons exposé impartialement l'opinion des plus éminents, et des plus combattifs, parmi les partisans des accidents de dentition, il nous reste à envisager la contre-partie, à écouter les adversaires, et qu'on nous le permette à prendre parmi eux, une place modeste mais active, la place d'un soldat qui marche au combat derrière ses chefs.

CHAPITRE III

Que faut-il penser des accidents « dits » de dentition ?

Que faut-il penser au juste de cette période de dentition redoutable, et si l'on en croit les opinions que nous venons de voir ? Faut-il tenir pour intimement liés, réellement à *la dentition*, les accidents qu'on lui attribue, et admettre comme vrai le vieux dicton : « Bel enfant jusqu'aux dents ?... » ou bien au contraire faut-il attribuer *au terrain* sur lequel ils apparaissent, tout ce cortège de maux qui menacent l'enfance.

Le camp des adversaires des accidents de dentition compte des combattants éminents et convaincus, parmi lesquels il faut citer Rosen de Rosenstein, Magitot et son élève Levêque, Politzer, Fleischmann, Wichmann, Comby, etc., etc.

L'ennemi le plus déclaré des accidents de dentition est sans contredit Magitot ; avant d'entrer dans la discussion de chacun des accidents admis par les auteurs précédents, nous croyons qu'il n'est pas inu-

tile de reproduire l'argumentation précise, serrée, par laquelle il répond à ses adversaires *sur la question de principe*.

1^o Pourquoi ces accidents, déclare-t-il (82) seraient-ils exclusifs à cette première phase, alors qu'au point de vue physiologique, elle est évidemment bien moins susceptible de produire des désordres locaux, puisque les premières dents apparaissent sans traumatismes d'aucune sorte sur des gencives vierges et entièrement libres de tout obstacle ?...

Rien de plus simple, de plus silencieux que le travail de percée de la dent. L'éruption, en effet, d'après lui, est dans l'état physiologique un phénomène lent et progressif, qui entraîne la résorption concomitante de la muqueuse, par un fait de compression simple. Ce passage de la couronne au travers des tissus vasculaires ne s'accompagne toutefois d'aucune lésion, d'aucun traumatisme appréciable ; les tissus comprimés se résorbent par un travail insensible, sans inflammation ni hémorrhagie, et lorsque la couronne a enfin terminé son trajet au dehors, la muqueuse qui lui a livré passage se fixe et s'insère au collet où elle adhère au périoste alvéolaire qui n'est autre que la paroi même du follicule.

Magitot n'a jamais vu les choses se passer autrement, sauf, lorsqu'il s'agit d'anomalies observées presque toujours en cas de dentition précoce ; on peut alors noter quelques accidents souvent graves, pour la vitalité de la dent bien plutôt que pour l'enfant. C'est ainsi qu'on peut observer de l'ectopie du

follicule dentaire ; un ou plusieurs follicules sont projetés hors des mâchoires et se trouvent flottants dans la cavité buccale, tout en restant unis au maxillaire par une sorte de pédicule : et cela, en l'absence même de tout symptôme inflammatoire (il faut convenir que ces accidents appartiennent plutôt à l'évolution des follicules qu'à la percée des dents proprement dite).

Le seul cas d'hémorrhagie qu'il ait observé au moment de la percée de la première dent s'est terminé, il est vrai, d'une façon malheureuse, car l'enfant est mort : mais il s'agissait d'un hémophile (80).

Se basant sur sa longue expérience qui lui a montré la bénignité absolue de l'éruption de la dent, Magitot s'élève énergiquement contre l'incision ou l'excision des gencives, faite pour remédier à des accidents mis à tort sur le compte d'une résistance, d'une dureté anormale de la gencive. Sans parler de la lésion de la gencive, produite par l'opération, lésion qui n'a pas grande importance, à ses yeux, Magitot n'envisage que les inconvénients que peuvent avoir sur une couronne en voie de formation le contact du bistouri ou des ciseaux. « Cette circonstance, dit-il, n'est pas indifférente, et l'on sait quelle est la fragilité extrême du revêtement d'émail crayeux et friable qui recouvre une couronne encore incluse dans son follicule ». L'incision de la paroi du follicule risque d'avoir pour conséquence que la poche folliculaire s'enflamme, devienne le siège d'un épanchement sanguin (hématocèle du follicule dentaire), se gangrène, s'ulcère, et donne issu à son contenu.

L'incision unguéale, moins grave, à ses yeux, pour l'émail de la dent, peut présenter des dangers d'infection redoutable. Et Magitot termine ainsi : « En présence des inconvénients possibles d'une telle pratique, nous attendrons encore pour la conseiller que son indication soit formulée d'une façon précise, et *son efficacité plus rigoureusement démontrée.*

2° Comment expliquer que des lésions très souvent observées et plus ou moins graves des follicules en voie d'éruption (abcès, hématocèle, ectopie), *n'ont jamais été causes d'accidents de dentition.*

Ces observations faites chez l'enfant, Magitot a eu, en 1872, au Laboratoire d'histologie de la Faculté, l'occasion de les faire à nouveau chez des animaux, auquel il a lésé les gencives, blessé les follicules, *sans pouvoir parvenir à produire d'accidents de dentition.*

Comment établirait-on l'intervention de la percée des dents, lorsque des accidents ordinairement attribués à la première dentition se produisent *soit avant* l'apparition, *soit après* l'achèvement complet de celle-ci?

Et comment rattacher, encore, à la dentition, les troubles morbides qu'on observe dans le premier âge chez beaucoup d'animaux domestiques, accidents qui sont en tous points analogues à ceux de l'homme, alors que l'éruption des premières dents est achevée, *et y est — par conséquent — tout à fait étrangère?*

Toutes questions auxquelles il est malaisé de répondre, et auxquelles, dans une discussion fameuse à

l'Académie, en 1892, on ne fit que des réponses timides et peu convaincantes.

Dès lors, comment faut-il interpréter ce que l'on a écrit sous le nom d'accidents de dentition, et que doit-il en rester de tous ceux que l'on a décrits ?

A) *Accidents buccaux.* — Parmi les accidents buccaux, la douleur, le premier et le plus souvent incriminé par les mères, et il faut le dire par les praticiens aussi, n'est pas aussi forte qu'on veut bien le dire, la preuve en est que l'enfant mord énergiquement les corps les plus durs, les hochets en os, ou en ivoire et les bâtons de guimauve, chers aux femmes du peuple, sans qu'il semble en souffrir de ces pressions souvent énergiques. Il s'agit bien plutôt d'une simple irritation, d'un prurit qui se manifeste d'ailleurs — en ce qui concerne les incisives inférieures médianes — dès le milieu du troisième mois, d'après Magitot.

A quoi peut-il donc servir de faire mordre aux enfants os, ivoire ou guimauve ? C'est les exposer inutilement aux dangers d'une lésion gingivale, d'une infection buccale d'abord, gastro-intestinale ensuite.

Il nous est arrivé bien des fois d'observer des enfants au sein, et bien réglés dont la courbe était très belle, et présentait tout à coup entre 4 et 6 mois, des petits à-coups : à n'en pas douter, la mère devait donner à sucer, à mordiller à son enfant le fameux bâton de guimauve... comme si de contusionner sans cesse la gencive avec un corps infecté comme la guimauve que l'enfant jette à terre et qu'on lui redonne

à sucer ; la mère allait tout d'un coup faire vieillir de 2 ou 3 mois les follicules dentaires et en hâter la déhiscence : la réponse était souvent affirmative ; la peur d'une réprimande, bien probablement, empêchait qu'elle le fût plus souvent encore.

Gonflement, rougeur, puis enfin pâleur de la gencive au moment où le follicule va s'ouvrir sont, non des accidents, mais des stades successifs et normaux de la fin de l'évolution de la dent.

Quant à l'abcès prédentaire, *il suppose* une infection de la cavité alvéolaire, et par conséquent une solution de continuité dans la muqueuse. C'est là encore un des inconvénients du hochet, *un accident de hochet*, non de dentition.

Les stomatites admises par Comby, tout à fait par exception d'ailleurs, sont formellement niées par Magitot.

Quand elles existent, elles reconnaissent une toute autre cause, et il base son opinion sur l'observation toujours négative sur ce point chez l'enfant, et les résultats toujours négatifs de ses expériences sur les animaux.

B) *Troubles digestifs*. — Il nous a été donné d'en observer quelques cas à la consultation des nourrissons de la clinique Tarnier, tant chez les enfants au sein que chez les enfants nourris artificiellement, en totalité ou en partie, mais avec une fréquence beaucoup plus marquée chez les enfants qui prenaient du lait de vache.

Nous avons pu vérifier que chez presque tous les

enfants mis d'emblée à l'allaitement artificiel, si les mères ne sont pas guidées, des modifications surviennent du côté des selles qui augmentent en nombre, deviennent plus liquides, présentent souvent une coloration verte et deviennent odorantes ; tout rentre dans l'ordre lorsque la dent est percée.

Lorsque les enfants n'avaient pas échappé à la surveillance, même quand ils étaient à l'allaitement artificiel d'emblée, nous n'avons que rarement constaté de diarrhée. Quelquefois alors, les mères avouaient que la ration de lait donnée « ne suffisait pas à leurs enfants », qu'elles étaient obligées d'en acheter, etc.

Le plus souvent chez les enfants qui prennent du lait de vache, il existe au contraire une *tendance à la constipation* durant les quelques jours où se prépare et s'effectue la sortie de la dent. Cela s'observe surtout lorsque, par mesure de prudence on donne aux enfants une alimentation à peine suffisante, de peur de la donner excessive : c'est là une démonstration éclatante que la diarrhée est le fait d'une alimentation vicieusement donnée. La constipation, chez les enfants hypo-nourris, si l'on peut dire, c'est une véritable preuve par 9.

La diarrhée survenant chez quelques enfants exclusivement nourris au sein est facile à expliquer. L'enfant, en travail de dentition — nous le disons par avance — est « méchant » comme disent les mères... il crie.. et comme les mères sont toujours enclines à penser que l'enfant « crie la faim », comme elles savent qu'en donnant le sein à leur enfant, même s'il n'a

pas faim, elles calmeront ses cris, momentanément du moins, elles lui donnent le sein à chaque instant ; le mari, d'ailleurs, a bien aussi sa part de responsabilité ; l'enfant est ainsi suralimenté, l'eczéma qu'on observe souvent chez ces enfants le montre bien, et la diarrhée de suralimentation ne tarde pas à apparaître. Ici, comme chez l'enfant au biberon, la sortie de la dent ne fait que révéler un état défectueux des voies digestives.

Que cette diarrhée de dentition soit plus fréquente l'été que l'hiver, rien que de très naturel, car le lait de vache, nous le savons, se corrompt infiniment plus vite dans la saison chaude, et d'autre part la suralimentation est accrue d'autant plus qu'il fait plus chaud, comme l'ont bien montré les expériences de M. E. Maurel.

Ce qui est très facilement explicable pour ces enfants dont nous venons de parler l'est encore plus aisément pour les enfants dont l'alimentation n'est pas exclusivement lactée ou même ne l'est plus... Il est bien probable que dans le midi de Pamard, si les enfants ne prenaient que du lait, au lieu d'être alimentés d'une façon trop substantielle pour leur âge, « tout enfant » qui fait ses dents dans la saison chaude ne serait pas « fatalement condamné ». Le défaut de cette réglementation minutieuse dont l'importance capitale a été bien mise en lumière par notre Maître, M. le professeur Budin, et auquel n'avaient songé ni Trousseau, ni Charpentier, ni Peter, ni Blachez, ni tous les autres, suffit à expliquer la fré-

quence des diarrhées qu'ils constataient ; il est donc très facile de réfuter en particulier l'explication, toute théorique et imaginative d'ailleurs, de Blachez, sans qu'il soit nécessaire le moins du monde de « forcer les faits ».

Quant à l'explication de Vogel, il faut lui reconnaître le mérite de l'originalité, de l'ingéniosité : cette auto-purgation a malheureusement contre elle indépendamment de l'explication que nous donnons de la diarrhée, à la suite de tous ceux qui, de nos jours, s'occupent de pathologie et d'hygiène alimentaire des nourrissons, ce fait que l'enfant, dont la salive est sécrétée abondamment, déglutit fort peu de salive cependant. Ne voit-on pas, en pareil cas, que la salive coule abondamment *au dehors* ?...

Quoi qu'il en soit, il faut laisser persister dans l'esprit des femmes, et au besoin la répandre, la certitude que le sein expose moins à la diarrhée que le biberon, les enfants qui percent leurs dents. Tous les moyens sont à employer, dans la lutte à outrance qu'il faut mener contre le lait animal, même stérilisé, du moment qu'une mère peut s'en passer, si la volonté ne lui manque pas, et l'on ne peut qu'applaudir — sans tenir compte du motif invoqué — aux sages conseils de Trousseau, qui recommandait de ne pas laisser sevrer complètement les enfants avant la percée des œillères. Nul doute que grâce à cet enseignement, des existences ont été conservées en grand nombre.

C) *Troubles respiratoires.* — Les accidents du système respiratoire sont de même ordre que les acci-

dents digestifs... ils n'existent pas normalement ; nous n'avons pas malheureusement de statistique à fournir, mais il est bien vraisemblable qu'il n'y aurait guère plus de bronchite chez les enfants en « mal de dents » que chez les autres. Notre ami Duvé, qui systématiquement recherche les accidents de dentition chez les enfants surveillés à la consultation de M. Boissard, nous a assuré qu'il n'avait presque jamais rencontré d'accidents pulmonaires à l'occasion de la percée des dents. Ce n'est pas à dire, cependant, qu'un nourrisson n'ait pas le droit d'avoir une bronchite dans le moment précisément où il perce ses dents, mais de ce qu'il y a quelquefois simultanéité faudrait-il penser qu'il y a une relation de cause à effet ?

Très souvent les mères disent que leur enfant tousse... C'est un fait d'observation journalière. Il s'agit d'une petite toux sèche, irritative, *sine materia* en apparence, et de fait l'examen des enfants ne révèle rien d'anormal. Bien qu'aucun traitement ne soit institué, lorsque la dent est sortie, la toux cesse, elle a duré 24, 38 ou 72 heures tout au plus, ce qui n'est guère la durée d'une bronchite. Nous nous bornons à signaler le fait, sans vouloir en donner la pathogénie. Il serait pourtant si facile à dire qu'il s'agit là vraisemblablement d'un réflexe !

Nous n'avons pas observé de cas de laryngite striduleuse ; il est bien probable — réserve faite pour une simple coïncidence — que la laryngite de dentition doit aller retrouver la bronchite de dentition.

M. Comby, après avoir mentionné l'opinion de Ch. West s'écrie : « Ce n'est plus de la clinique..., c'est du roman !... »

D) *Fièvre*. — Nous pensons que la fièvre de dents n'existe pas davantage, lorsque l'éruption dentaire se fait sur un terrain physiologique. Il est hors de doute que si une dent perce chez un enfant antérieurement mal nourri, comme il se fait une poussée d'infection intestinale, qui se traduit au moins, nous le savons, par des selles fétides, il n'y a rien d'étonnant à voir de la fièvre apparaître ; mais ce serait commettre une erreur d'interprétation que d'attribuer à l'éruption de la dent un symptôme qui appartient en réalité à l'infection intestinale. Un enfant, qui perce une dent, peut avoir une petite angine, un furoncle, de l'impétigo, une lymphangite souvent si légère que la mère ne s'en aperçoit pas ; d'autre part, le thermomètre peut mal fonctionner, la colonne de mercure peut n'avoir pas été abaissée au-dessous de 37°. Que de causes d'erreurs qu'il faudrait d'abord penser à éviter avant d'attribuer une signification précise à la fièvre constatée ! Et d'ailleurs, la fièvre n'accompagne pas *toujours* la percée des dents. A supposer qu'elle accompagne *quelquefois* le travail de sortie d'une dent, il faudrait en conclure que la percée des dents ne se fait pas toujours dans les mêmes conditions, qu'il y a des « conditions » qui modifient le phénomène, conditions de terrain auxquelles il faut attribuer la fièvre et non au phénomène lui-même. Comby n'a jamais vu, dit-il, la fièvre de dentition, et

il fait cette déclaration, à laquelle nous nous associons volontiers : « La *fièvre de dent* doit aller rejoindre sa grande sœur la *fièvre de lait*, dont l'existence n'a pas été moins brillante, moins honorée ».

E) *Troubles cutanés*. — Les troubles cutanés forment encore une classe qui doit disparaître du nombre des accidents de dentition. Nous connaissons assez bien aujourd'hui l'étiologie de l'impétigo, de la gourme ; nous savons qu'une mauvaise hygiène alimentaire et le défaut de soins de propreté sont les deux conditions pour que la gourme apparaisse et persiste, que par une thérapeutique appropriée ou une hygiène alimentaire soigneusement observée dès la naissance, l'impétigo guérit rapidement ou ne se montre pas.

L'eczéma est la dermatose de l'enfant au sein, pourrait-on dire, tandis que l'impétigo est la dermatose de l'enfant artificiellement nourri et mal nourri. Nous savons comment et pourquoi l'eczéma apparaît ; dans les Consultations de nourrissons, où les enfants sont vus deux, trois ou quatre fois par mois, rien n'est plus facile que de prévoir l'apparition et le développement de l'eczéma : d'une façon pour ainsi dire constante, le candidat à l'eczéma est un enfant qui a le hoquet, qui prend beaucoup trop au sein : il augmente chaque jour d'une façon excessive. Si la mère n'y prend garde, si satisfaite de voir son enfant augmenter beaucoup, — peu lui importe bien souvent que ce soit trop du moment que c'est beaucoup, — elle ne suit pas les conseils qui lui sont

donnés, la peau des joues du nourrisson devient rugueuse; à un stade plus avancé quelques vésicules apparaissent, qui suintent et démangent. A tous ces stades, la guérison peut être rapidement obtenue; mais si les lésions sont abandonnées à elles-mêmes, si la mère ne supprime pas *rapidement* la cause par une réglementation sévère, alors on assiste à ces poussées suintantes alternant avec des périodes d'accalmie, à cette persistance déconcertante de la dermatose, en dépit de l'hygiène la plus rigoureuse, des pommades, des pâtes, et de tout ce que l'arsenal thérapeutique peut offrir pour lutter contre l'eczéma. C'est pendant 4, 6, 10, 15 mois et plus, qu'on doit lutter pour arriver à la guérison. Combien avait raison Blachez quand il disait que « ces éruptions sont tenaces, rebelles aux traitements les plus rationnels »; mais nous nous demandons si Blachez était en droit d'employer le mot rationnel lui qui, comme ceux de son temps, se méprenait complètement sur l'étiologie de l'eczéma.

Qu'un groupe dentaire fasse son apparition chez un de ces enfants, il est fatal, pourrions-nous dire, que l'eczéma reçoive une impulsion nouvelle, conséquence non de la sortie de la dent, mais de la poussée d'infection gastro-intestinale que provoque l'apparition de la dent chez un de ceux dont les fonctions digestives, digestion et assimilation, ne cessent de s'élaborer de façon vicieuse.

F) *Convulsions*. — Ce n'est un mystère pour personne que les convulsions sont très fréquentes dans la première enfance : la moindre cause peut les pro-

duire : or, que de cas où la clinique et les autopsies même ne peuvent permettre d'en découvrir la cause ! Que les enfants soient en travail de dentition au moment même où ils ont des convulsions, et voilà du coup l'étiologie trouvée et prouvée..., puisqu'il n'y a rien d'autre pour les légitimer !

Que d'enfants, cependant, trop jeunes pour que la dentition puisse être incriminée et qui ont des convulsions dont la vraie cause nous échappe !

Quoi qu'il en soit, les convulsions d'origine dentaire sont admises par presque tous les médecins. « Le travail de la dentition, dit Péter, détermine de l'insomnie et de l'insomnie à l'apparition d'actes convulsifs, il n'y a souvent qu'un pas ».

Dans la préface qu'il a écrite en tête du livre de Cruet, où l'auteur nie cependant les accidents généraux réflexes, le professeur Lannelongue se montre partisan des accidents réflexes chez des enfants prédisposés.

Sur la pathogénie, seule, les auteurs sont en désaccord. Pour Chompret, les troubles nerveux seraient dus à l'irritation des nerfs dentaires par compression et la transmission de cette irritation au trijumeau et parfois au bulbe (34).

Autrefois mises sur le compte de l'éclampsie (Beaumontès), les convulsions de dentition sont mises aujourd'hui sur le compte de l'hérédité nerveuse (épilepsie, hystérie, aliénation mentale). « Chez ces prédisposés, dit M. Comby, tout est prétexte à convulsions ; rien d'étonnant à ce que la dentition, comme une indigestion, soit une cause occasionnelle ».

L'hystérie semble un des facteurs primordiaux de convulsions. Telle est du moins l'opinion d'Ollivier, et de son élève de Burnel, de Chaumier (de Tours) qui décrit trois formes de convulsions hystériques. La première forme, larvée, caractérisée par de simples phénomènes émotifs; la deuxième, parce qu'il appelle la « pâmoison »; la troisième, par les grandes attaques convulsives. L'opinion de Chaumier est assez généralement admise aujourd'hui.

Le Roy de Méricourt et Charpentier nient l'hystérie chez les nourrissons; Peter est moins catégorique, mais il admet l'existence de convulsions qui ne sont pas de nature hystérique : « ces convulsions peuvent tuer, dit-il, ce qui ne se rencontre pas d'habitude avec les convulsions hystériques. Ces convulsions peuvent donc se produire sans hystérie, mais je reconnais qu'elles sont plus fréquentes chez les enfants d'hystériques ou surtout d'alcooliques ».

Nous ne dirons rien des maladies diverses mises encore sur le compte de la percée des dents, sinon qu'il est évident qu'elle ne saurait en être la cause. Au gonocoque était dû sans nul doute la blennorrhagie du petit garçon dont Hunter a donné l'observation, et l'on ne peut que passer sous silence, sans même la discuter, la varicelle de dentition de Guyot, sous peine d'être obligé de discuter la possibilité d'un décollement juxta-épiphysaire du fémur ou de l'humérus d'origine dentaire!

Parallèlement à ce que nous avons fait en termi-

nant le chapitre précédent, voici comment concluent les adversaires des accidents de dentition :

Pour Rosen de Rosenstein « les enfants bien nés, *indemnes de toute disposition morbide, ne sont pas sujets aux accidents de dentition* » (112).

Wichmann ajoute : « On ne pourra raisonnablement parler de dentition que lorsqu'il sera impossible de trouver autre chose ».

Voici les conclusions du travail de Politzer :

« 1^o Il est temps qu'il ne soit plus question en pathologie et en thérapeutique de troubles attribués à la dentition.

« 2^o Expliquer des phénomènes bizarres, obscurs, par des troubles de l'évolution dentaire, c'est mettre un inconnu à la place d'un autre inconnu ; il vaut mieux dans ce cas avouer son ignorance.

« 3^o Quand bien même on ne trouverait pas d'autres causes que la dentition elle-même pour expliquer des accidents qui surviennent au moment où elle a lieu, il ne faudrait pas encore parler d'accidents de dentition, parce qu'en formulant un diagnostic, on doit tenir compte des symptômes et non des causes présumées.

« 4^o Il y aura un danger pour les enfants tant que les accidents de dentition n'auront pas disparu du cadre de la nosologie, parce qu'ils seront toujours l'occasion d'erreurs regrettables de la part de certains médecins (105) ».

Fleischmann : « Tant qu'on n'aura pas de relations plus démonstratives que celles qu'on a données jus-

qu'à ce jour, on sera forcé d'admettre que les accidents dits de dentition rentrent dans la catégorie des faits apocryphes ou *mal observés* » (51).

Magitot : « Il n'a jamais été établi d'une manière incontestable aucune relation de cause à effet entre la dentition et les accidents qu'on lui attribue » (81).

Et il termine la communication qu'il faisait à l'Académie de Médecine par ce vœu : « Nous souhaitons que la classe des maladies dites de dentition chez l'homme soit définitivement rayée du cadre de la nosologie médicale » (83).

Parmi les conclusions dont Levêque fait suivre sa thèse et qui reproduisent les idées de son Maître, nous relevons celle-ci : « La théorie des accidents de dentition ne nous paraît basée jusqu'à présent sur aucune preuve absolue ».

M. Comby : « Les maladies de la dentition sont dues à d'autres causes que ce prétendu travail de dentition qui aurait des irritations sympathiques si multiples et si lointaines. Nous regardons l'influence pathologique de la première dentition comme *insignifiante* » (35).

C'est à cette dernière opinion que nous nous rangeons : à notre modeste avis, la dentition n'est nullement responsable de la presque totalité des accidents qu'on lui attribue, mais elle ne va pas, cependant, sans se manifester autrement que par l'issue de ses éléments à travers la gencive... *le travail de dentition n'a pas ses accidents, mais il a ses symp-*

tômes. C'est à leur exposé que nous consacrerons la dernière partie, fort courte d'ailleurs, de notre thèse, car courte est la liste de ces symptômes et fort réduite est leur importance.

CHAPITRE IV

Symptômes qui traduisent la percée physiologique des dents.

Les symptômes qui traduisent la percée physiologique des dents sont en nombre extrêmement restreints : ils sont de deux ordres : fonctionnels et physiques.

Les symptômes fonctionnels sont : le prurit gingival, l'exagération de la sécrétion salivaire, l'agitation, l'inappétence, les modifications qui surviennent du côté de la courbe des poids.

Les signes physiques sont la congestion et l'épaississement local de la gencive.

A l'exception des modifications qui surviennent du côté de la courbe des poids, aucun des signes que nous venons d'énumérer ne demande de description ; nous dirons toutefois que tous ces signes peuvent être si peu accusés, qu'ils ne mettent souvent

même pas en éveil les mères toujours fort attentives, pourtant, et qui épient sans cesse le moment où leur rejeton va percer sa première dent. Que de fois, avons-nous vu, à la Consultation de nourrissons, des enfants porteurs de dents, alors que les mères étaient bien loin de s'en douter: que de fois les avons-nous entendu dire alors...: « Mais cela est incompréhensible... mon enfant n'a pas été méchant, il n'avait pas de rage de dents, il n'a pas eu de diarrhée ».

Dans quelques cas, c'est par hasard que les dents sont découvertes: on les cherche, simplement, parce que l'enfant est en âge de les percer; dans d'autres cas, c'est la courbe des poids qui fait songer à cette recherche.

Les modalités de la courbe des poids sont des plus variables, ce qui pourrait permettre de penser que les accidents de cette courbe ne sont peut-être pas, tous du moins, absolument *physiologiques*.

On peut observer une des six modalités suivantes:

1° Progression trop rapide;

2° Progression normale;

3° Progression insuffisante;

4° Etat stationnaire, arrêt de la courbe qui fait strictement plateau;

5° Ligne de descente légère;

6° Ligne de descente considérable.

1° *La progression trop rapide du poids* a été quelquefois signalée. C'est ainsi que Kassowitz, en se basant sur des pesées très longtemps continuées et quotidiennes de ses quatre enfants, montre l'« ina-

nité » de l' « innovation » de Dérío qui avait avancé que la percée d'une dent entraînait une chute du poids (entre 15 et 70 gr.), et signale comme très fréquente une augmentation considérable de poids ayant souvent lieu « pendant l'éruption des dents », avec « ascensions énormes » notées par moments.

C'est ainsi que trois jours immédiatement avant la sortie de la première incisive un de ses enfants a augmenté de 150 grammes et dans le courant de la semaine suivante, pendant laquelle la seconde incisive fit son apparition, ce même enfant a encore augmenté de 350 grammes, « de sorte que dans l'espace de 10 jours pendant lesquels l'enfant eut ses deux dents, l'accroissement en poids s'éleva à un demi-kilogramme ».

Nous ne savons malheureusement pas ce que devint la courbe des poids après la sortie de la seconde incisive, et il ne serait pas impossible qu'elle ait présenté une ligne de descente, ou tout au moins, un plateau ou une ligne insuffisamment ascendante. Cette augmentation anormale — que nous avons également constatée quelquefois — est assez facilement explicable. Ce n'est pas l'évolution de la dent qui la produit — *directement du moins* — c'est la nourrice qui voyant souvent, à ce moment, l'enfant crier, persuadée qu'il réclame, qu'il a faim, qu'il « crie la faim » donne le sein plus souvent et plus longtemps : de là une suralimentation qui ne dure pas longtemps sans doute (chez un enfant qui jusque-là bien nourri, a tôt fait de percer ses dents),

mais qui se traduit forcément par une ligne de brusque élévation ; pour peu que la suralimentation dure, on voit survenir un ralentissement ou même une chute de la courbe des poids, avec apparition de hoquet, de régurgitations, ou même de selles diarrhéiques, surtout si régurgitations ou vomissements manquent.

Nous écartons donc l'augmentation excessive du poids de la symptomatologie de la percée des dents : c'est le premier symptôme d'une suralimentation pratiquée par la nourrice, à l'occasion du travail ultime de dentition.

2° Augmentation régulière, normale de la courbe. — C'est une modalité assez fréquente de la courbe, étudiée chez des enfants bien nourris, et au sein exclusif, c'est-à-dire lors de l'apparition des premières dents (1).

Voici quelques observations d'enfants n'ayant présenté aucune modification de la courbe des poids ; nous aurions pu les multiplier davantage, mais nous n'avons pas cru utile de le faire :

1. Nous n'étudierons la courbe des poids que pour la percée des premières dents, c'est-à-dire à un moment où l'enfant ne prend que l'alimentation *naturelle*, afin de ne pas risquer de mettre sur le compte de la dentition un signe qui pourrait n'être en réalité qu'un accident dû à l'adjonction d'une alimentation non naturelle. Il est à peine besoin de dire que les enfants dont les observations résumées suivent n'ont présenté d'accidents d'aucune espèce.

OBSERVATION I (Résumée).

Enfant M..., n° 5.015 du registre de la Consultation de Nourrissons de la Clinique Tarnier; ayant pesé 3.175 grammes à la naissance (16 février 1903) et 3.550 à sa sortie du service (28 février).

11 mars	4.050	+ 500	+ 45
18 mars	4.250	+ 200	+ 28.5
.			
23 septembre	8.220		
7 octobre	8.450	+ 230	+ 16.4
21 octobre	8.700	+ 250	+ 17.9 (1 dent).
4 novembre	8.850	+ 150	+ 10.7

OBSERVATION II (Résumée).

Enfant F..., n° 5.072 du registre, ayant pesé 3.050 grammes à la naissance (12 mai 1903) et 3.080 grammes à sa sortie du service (21 mai).

27 mai	3.120	+ 40	+ 6.6
3 juin	3.320	+ 200	+ 28.5
.			

16 décembre.	6.500		
30 —	6.780	+ 280	+ 20
A) 13 janvier 1904	7.050	+ 270	+ 18.5 (1 dent).
27 —	7.320	+ 270	+ 18.5
10 février	7.500	+ 180	+ 12.8
24 —	7.700	+ 200	+ 14.2
9 mars	8.000	+ 300	+ 21.4
B) 23 —	7.950	— 50	(2 dents).
6 avril	8.080	+ 130	+ 9.2
20 —	7.930	— 150	(bronchite).
18 mai	8.200	+ 270	+ 9.6
C) 1 ^{er} juin	8.280	+ 80	+ 3.7 (1 dent).
D) 15 —	8.300	+ 20	+ 1.4 (1 dent).
22. —	8.510	+ 210	+ 30

(A ne considérer dans ce tableau que la dent A).

OBSERVATION III (Résumée).

Enfant P..., n° 5.074 du registre, ayant pesé 4.050 gr. à la naissance (10 mai 1903) et 3.875 à sa sortie du service, (mère partie malgré avis contraire le 21 mai).

3 juin	4.050	+ 175	+ 12.1
10 —	4.200	+ 150	+ 21.4
11 novembre	7.430		
.			
18 —	7.550	+ 120	+ 17.1
A) 2 décembre	7.820	+ 270	+ 19.2 (1 dent).
B) 16 —	8.000	+ 180	+ 12.8 (1 dent).
30 —	8.230	+ 230	+ 16.4

OBSERVATION IV (Résumée).

Entant O..., n° 5.100 du registre, ayant pesé 3.150 gr. à la naissance (21 juin 1903) et 3.400 à sa sortie du service (30 juin).

8 juillet	3.670	+ 270	+ 30
22 —	4.090	+ 420	+ 30
.			
20 janvier 1904	7.550		
A) 3 février	7.800	+ 250	+ 17.8 (1 dent).
17 —	7.950	+ 150	+ 10.7
B) 9 mars	8.160	+ 210	+ 10 (1 dent).
23 —	8.350	+ 190	+ 13.5

OBSERVATION V (Résumée).

Enfant R..., n° 5.106 du registre, ayant pesé 3.350 gr. à la naissance (18 juin 1903) et 3. 480 à sa sortie du service (28 juin).

8 juillet	3.800	+ 320	+ 32
22 —	4.120	+ 320	+ 27.8
.			
23 décembre	7.120		
6 janvier 1904	7.330	+ 210	+ 15
A) 20 —	7.550	+ 220	+ 15.7 (1 dent).
B) 3 février	7.540	— 10	(1 dent).
17 —	7.620	+ 80	+ 5.7
Martin			

2 mars	8.050	+ 430	+ 28.6	
16 —	8.500	+ 450	+ 31.1	
30 —	8.630	+ 130	+ 9.3	
C) 13 avril	8.630	+ 0		(1 dent).
27 —	8.950	+ 320	+ 22.8	
D) 11 mai	8.980	+ 30	+ 2.1	(1 dent).

A ne considérer dans ce tableau que la dent A.

L'absence de modification de la courbe des poids dans ces observations n'est peut-être pas très démonstrative, car il est permis de penser que si l'enfant avait été pesé dans le moment même où la dent effectuait sa sortie, on aurait peut-être constaté une augmentation insuffisante, un état stationnaire du poids ou même une chute du poids.

3° *Augmentation insuffisante.* — Elle est établie par l'observation II (dents C et D), l'observation V (dent D), et l'observation suivante :

OBSERVATION VI (Résumée).

Enfant A..., n° 5.086 du registre, ayant pesé 3.550 grammes à la naissance (28 mai 1903) et 3.600 grammes à sa sortie du service (13 juin).

24 juin	3.900	+ 300	+ 27.2
8 juillet	4.200	+ 300	+ 21.4

• • • • •

21 octobre	6.280		
28 —	6.450	+ 170	+ 24.2

11 novembre	6.570	+ 120	+ 8.5 (1 dent).
18 —	6.680	+ 110	+ 15.7
2 décembre	6.980	+ 300	+ 21.4

4° *Etat stationnaire.* — L'observation V (dent C), en fournit un exemple.

5° *Diminution du poids.* — Observation II (dents B).

Nous ne citons pas d'autres observations, car celles qui accusaient des diminutions de poids avaient trait à des enfants qui avaient été malades, présentaient des maladies intercurrentes ou des accidents « dits de dentition », avaient des courbes supérieures à la normale, ou avaient reçu de bonne heure le biberon.

Voici les exemples que cite, dans le *Nourrisson*, notre Maître, M. le professeur Budin, pour montrer l'influence de la percée des dents sur la courbe des poids (diminution de poids et état ordinaire de la courbe).

« La nommé Guil... (*fig. 115 du Nourrisson*), est accouchée le 16 juillet 1889. Le lait disparut rapidement de ses seins et nous avons dû recourir assez vite à l'allaitement artificiel. La courbe de l'enfant, *qui n'avait pas été très belle* pendant les premières semaines parce que la mère n'avait point de lait, est devenue très bonne et un peu *supérieure à la normale*. Or, on voit que chaque fois pour ainsi dire qu'une dent est sortie, à la vingt-sixième, à la quarante-septième, à la quarantième, à la cinquante-sixième semaine, il y a eu simultanément une diminution du poids de l'enfant ».

« La nommée Van der St... (*fig. 116 du Nourrisson*), était accouchée à la Maternité le 6 décembre 1896 d'un enfant qui

pesait 3.350 grammes. A sa sortie, le 16, son poids était de 3.250 grammes. La mère qui n'avait pas eu de lait pour ses premiers enfants, essaya cependant de nourrir celui-ci, le 19 décembre, il ne pesait plus que 3.050 grammes. Il avait donc diminué de 200 grammes en trois jours. *Nous donnâmes 6 bouteilles de 50 grammes*, c'est-à-dire 300 grammes de lait, et nous dûmes augmenter progressivement cette quantité. Bien que la sécrétion lactée fût assez vite tarie, et que le sevrage au commencement de juillet fût un fait accompli, deux dents étaient apparues le 3 juillet, l'enfant n'ayant pas six mois et demi, une autre le 31 juillet, une le 7 août, et deux le 14 août. Enfin une autre survint le 4 décembre et une le 21 décembre. Or, on peut voir sur la figure, qu'au moment de chaque évolution dentaire, la courbe reste stationnaire ou marque une descente ».

« On peut faire les mêmes observations, ajoute M. le professeur Budin, sur les courbes de deux autres enfants ». Voici ce que nous retiendrons des observations de ces enfants, à l'appui de notre thèse.

Observation de l'enfant de la nourrice Liv... (fig. 105 du Nourrisson). — Cette nourrice s'est présentée pour la première fois à la consultation le 1^{er} mai, *sans une goutte de lait*: l'enfant fut donc élevé artificiellement d'emblée. Il a été noté que du 17 au 26 juillet l'enfant a eu quelques troubles digestifs, des gardes-robes mal digérées et un peu de diarrhée, avec chute de poids. On dut lui donner du benzo naphthol, puis du calomel.

En dépit des troubles digestifs qu'a eus cet enfant et qui firent descendre la courbe des poids à 600 grammes au-dessous de la normale; en dépit d'une rougeole qui amène également, en décembre et janvier, un ralentissement de la courbe tel qu'elle resta six semaines sans s'accroître, au lieu de s'élever

durant ce temps de 600 grammes environ ; en dépit de cette atrophie de 1.200 grammes, l'enfant avait cependant une courbe qui *primitivement au-dessous de la normale la dépassait de 250 grammes au moment de l'apparition de la première dent* ; cette croissance anormalement rapide n'a pu se faire, à notre avis, sans suralimentation.

La courbe du dernier enfant (fig. 68 du *Nourrisson*), ne peut passer pour être normale. On note un certain nombre d'à-coups, augmentation insuffisante, stationnement du poids, chutes de poids, peut-être en relation avec l'apparition des règles chez la mère, à-coups dont le résultat est que au moment où la première dent était sur le point de sortir (10 mois 1/2) *l'enfant avait une atrophie de 1.700 grammes.*

Les quatre observations citées par M. le professeur Budin ne sont donc point pour gêner notre théorie, au contraire, puisqu'elles ont trait à des enfants « anormalement » nourris. Les modifications de la courbe des poids, dans ces cas, sont très fréquentes, sont de règle, pourrait-on dire, et les quatre enfants dont les courbes viennent d'être reproduites n'échappent pas à ce qui doit, à nos yeux, être considéré comme une loi générale.

6° *Diminution considérable.* — Nous n'avons pas observé de diminution forte ; cela tient à ce que les enfants sont *choisis*, c'est-à-dire sont pris parmi ceux dont le développement peut être considéré comme physiologique. Mais si nous avions étendu notre étude à l'examen de la courbe des poids lors de l'éruption de toutes les dents, il n'en eût pas été de

même. Les chutes considérables du poids que nous avons notées plus d'une fois et qui atteignaient jusqu'à 400 grammes, peuvent être expliquées par des fautes d'hygiène alimentaire commises par les mères, en dépit des recommandations minutieuses qui leur sont faites, et qu'elles n'avouent guère, le plus souvent.

Ces fautes de régime — cause d'erreur d'interprétation — nous ont empêché d'étudier comparativement l'action de chaque dent, ou du moins de chaque groupe dentaire sur le poids : mais nous pouvons avancer que lorsque le sevrage partiel ou même complet est bien réglé, les dents, mêmes les œillères, sortent sans incident. Comme pour les dents de tous les autres groupes, nous avons vu plusieurs fois des enfants qui avaient percé leurs canines, sans que les mères s'en soient douté. Cela n'est point fait, à notre avis, pour justifier la terreur qu'ont les mères, lorsqu'approche pour leurs enfants le moment de percer ses œillères !...

Dans tous les cas où la courbe de poids reste au-dessous de la normale, à l'occasion de la percée des dents, chez un enfant placé dans des conditions d'un développement physiologique, nous ne saurions assez le répéter, nous pensons que les diverses modifications que l'on note — fort anodines d'ailleurs — peuvent être mises sur le compte de l'inappétence due à ce que l'enfant hésite à faire les mouvements de succion ; parce que le frottement du bout du sein, de la langue ou des joues sur les gencives renforcent le prurit.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir établi d'une manière irréfutable que le processus physiologique de la dentition chez un enfant tout à fait bien portant, nourri régulièrement, évolue toujours d'une façon bénigne, sans aucun phénomène morbide du côté des divers systèmes ou organes ; si l'intention était bien réputée pour le fait, nous pourrions avoir la satisfaction d'avoir atteint notre but. Et cela ne serait pas sans importance, car nous aurions efficacement contribué à détruire une opinion qui règne dans le public extra-médical avec toute la force de la tradition et qui se trouve même sanctionné par nombre d'entre ceux, et parmi les plus éminents, qui ont pour mission de parler et d'agir au nom de la science. Que de fois on entend répéter : « L'enfant a ceci ou cela parce qu'il a mal aux dents... » « Si l'enfant a ceci ou cela... cela nous apprend qu'il va bientôt percer une dent... ». L'explication, empressons-nous de le reconnaître, est des plus commodes : les dents sont de très complaisantes personnes qui ont tiré, tirent et tireront encore d'embarras plus d'un praticien.

Dans le public extra-médical, les expressions que nous venons de citer sont devenues si habituelles ; on attache si peu d'importance aux phénomènes morbides, dont le début réel ou apparent a lieu au moment de l'éruption dentaire, que beaucoup négligent des affections légères au début et facilement guérissables alors, pour n'appeler enfin le médecin que lorsqu'ils ont ainsi perdu un temps précieux,

non seulement pour le traitement, mais encore pour le pronostic *quo ad vitam*.

« Les vers et les dents, dit M. Comby, se partageaient jadis la pathologie infantile ; pour les médecins d'un autre âge et pour les commères de tout temps, ces deux fléaux sont les plus redoutables qui menacent la santé et la vie des enfants ».

Résolue dans le sens que nous nous sommes efforcé d'indiquer, la question de la première dentition mettrait en évidence non point la signification importante de ce processus en soi, mais l'importance de la prophylaxie, par la direction minutieuse et constante de l'hygiène générale..., alimentaire surtout, des nourrissons. En matière de dentition, c'est bien le cas de répéter l'aphorisme : « L'enfant n'est qu'un tube digestif ».

CONCLUSIONS

1° La première dent apparaît en général entre le sixième et le huitième mois.

2° L'ordre et l'âge d'apparition des dents, chez un enfant *dont le développement est physiologique*, sont les suivants : I. Incisives : 1° médianes inférieures, 2° médianes supérieures, 3° latérales supérieures, 4° latérales inférieures, sixième au douzième mois ; II. Petites molaires, douzième au quinzième mois ; III. Canines, quinzième au dix-huitième mois ; IV. Grosses molaires, vingtième au vingt-sixième mois.

3° Il y a de fréquentes anomalies portant sur l'ordre d'éruption (les prémolaires sortent souvent avant les incisives latérales inférieures), l'âge de l'éruption (éruption précoce ou retardée), bien que l'enfant paraisse avoir toujours été d'une santé telle que l'évolution dentaire semble devoir s'effectuer comme sur un terrain physiologique ; l'éruption retardée se rencontre surtout chez les enfants qui sont ou ont été malades.

4° Souvent pour les uns — jamais pour les autres — la percée des dents s'accompagne — ou ne s'accompagne — de manifestations morbides, qui sont les « accidents de dentition », pour les premiers, les accidents

« dits » de dentition pour les autres. Après avoir exposé la thèse des partisans et celle des adversaires des accidents de la dentition, nous nous rangeons dans le camp des derniers ; mais si nous nions les accidents de dentition chez les enfants à développement physiologique, nous reconnaissons que chez eux, la percée des dents peut se manifester par des signes qui doivent être considérés plus comme des « symptômes » que comme des « accidents ».

5° Les symptômes de la percée des dents sont en nombre extrêmement restreints ; ce sont :

α Symptômes fonctionnels : prurit gingival, salivation, inappétence, ralentissement ou chute de la courbe des poids.

β Symptômes physiques : congestion et épaissement local de la gencive.

Ces symptômes, le plus souvent fugaces, sont rarement au complet ; les signes physiques, *seuls constants*, sont les seuls souvent capables d'attirer l'attention.

6° L'opinion à laquelle nous nous sommes rattaché est conforme, croyons-nous, à la réalité : tout « accident » indique donc que le nourrisson chez lequel on le constate était un malade non soupçonné tel ou un convalescent.

7° Si la percée des dents ne s'accompagne d'accidents que chez les enfants qui y sont prédisposés, par leurs antécédents héréditaires *et surtout acquis*, il importe d'exercer une surveillance rigoureuse de tout enfant dès sa naissance, sans distinction d'au-

cune espèce afin que son développement se rapproche le plus possible du développement physiologique : c'est là un argument à ajouter à ceux qui militent déjà, et si puissamment, en faveur des consultations de nourrissons.

Vu : le Président de thèse,

P. BUDIN

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- 1 ABADIE. — Accidents de la première dentition. Thèse Paris, 1885.
- 2 ALLIX. — Etude sur la physiologie de la première enfance, 1867.
- 3 AUGÉ. — Influence de la première dentition sur le développement de la blépharo-conjonctivite. Th. Paris 1881.
- 4 AUSSET. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants, 1898.
- 5 AUVARD. — Le Nouveau-né. Paris, 1898.
- 6 BARRIER. — Maladies de l'enfance, 1840 (t. II).
- 7 BAUMEL. — Aperçu général sur la pédiatrie. Ann. de Méd. et de chir. inf. mars, 1899.
- 8 BAUMÈS. — Traité de la première dentition et des maladies qui en dépendent. Paris, 1806.
- 9 BAUMÈS. — Convulsions dans l'enfance, 1789.
- 10 BENSENGRE. — Bulletin de la Société des naturalistes de Moscou, 1870.
- 11 BESSE. — Contribution à l'étude de l'influence de l'éruption dentaire sur la croissance chez les nourrissons. Th. Paris, 1901-1902.
- 12 BESSON (J). — De l'éruption des dents temporaires, son mécanisme, ses accidents. Th. Paris, 1898-1899.
- 13 BIGEARD. — Etude pathologique de l'éruption des dents provisoires, Paris, 1849,
- 14 BILLARD. — Traité des maladies des enfants nouveau-nés, 1828.
- 15 BLACHEZ. — Dictionnaire encyclopédique des Sciences méd. Art. Dentition, 1882.

- 16 BLACHEZ. — Bull. de l'Acad. de Méd. 1892.
- 17 BLACHEZ. — Gazette hebdomadaire, 1885.
- 18 BLOT (H.). — Eruption des dents à la naissance. In Bull. de la Soc. de chir. 1868, p. 186.
- 19 BOUCHARD. — Maladies que déterminent la première dentition. Th. Paris, 1829.
- 20 BOUCHUT. — Traité des maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle, 1855.
- 21 BOULDET. — Maladies des dents, Paris, 1731.
- 22 BREFELD. — Dentitio difficilis, 1840.
- 23 BROCA. — Instructions pour les statistiques sur le système dentaire. Bull. d'Anthropologie, 1879, p. 128, 306, 342, 468, 774, 790, 807.
- 24 BUDIN. — Femmes en couches et nouveau-nés, Paris, 1897.
- 25 BUDIN. — Le Nourrisson (Paris, 1899).
- 26 BUNON. — Maladies des dents, 1743.
- 27 BUNON. — Expériences et démonstrations sur les dents. Paris, 1746.
- 28 BURNET. — Contribution à l'étude de l'hystérie infantile ; son existence au-dessous de l'âge de 5 ans. Th. Paris, 1891.
- 29 CAIGNÉ. — Sur la dentition des enfants du premier âge et les accidents qui l'accompagnent. Dissert. Inaug. Paris, 1802.
- 30 CAPURON. — Traité des maladies des enfants, 1813.
- 31 CHARPENTIER. — Discussion à propos de la communication de M. Pamard (Bull. de l'Acad. de Méd, Séance du 9 août 1892).
- 32 CHAUMIER. — Des maladies dites de dentition. (Comptes rendus au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, Grenoble 1885).

- 33 CHÉROT. — Etude statistique de l'éruption des dents. Th. Paris, 1898.
- 34 CHOMPRET. — Les accidents de la première dentition. Revue médicale 1897, p. 253.
- 35 COMBY. — La première dentition. Son évolution physiologique, ses accidents. Archives générales de médecine, 1888.
- 36 COMBY. — Traité des maladies de l'enfance, 1899.
- 37 CONSTANTIN (PAUL). — Discussion à propos de la communication de M. Pamard (Bull. de l'Acad. de Méd. Séance du 9 août 1892).
- 38 CRUET. — Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche, Paris, 1898.
- 39 DECHAMBRE. — Laryngite striduleuse grave : incision des gencives : guérison instantanée. Gaz. hebdomadaire, 1885, p. 256.
- 40 DELABARRE. — Gazette des hôpitaux, 1851.
- 41 DELABARRE (Fils). — Des accidents de première dentition, Th. Paris, 1851.
- 42 DELABARRE (Fils). — De la mortalité des enfants en bas-âge à l'époque de la dentition. Paris, 1855.
- 43 DELAMAY. — Biologie comparée du côté droit et du côté gauche chez l'homme et chez les êtres vivants. Th. Paris, 1874.
- 44 DERIO. — Jarbuch für Kinderheilkunde, 1883, vol. 20. (A propos des pesées pendant la dentition).
- 45 DUCLOS (de Tours). — De la première dentition et des accidents qui peuvent la compliquer. Bull. de thérap., 1847.
- 46 DUVERNEY. — Mémoires de l'Acad. des sciences, 1689.
- 47 EISENMAM. — Sur différentes affections qui coïncident avec la période de dentition, 1841.
- 48 EUSTACHIUS. — Opuscula anatomica.

- 49 FAUCHARD. — Nouveaux éléments d'Otonlogie, Paris, 1754.
- 50 FAUVILLE (de Laon). — Ectopie du follicule dentaire. (Bull. de la Soc. Méd. de l'Aisne, 1874).
- 51 FLEISCHMAN. — Der erste Zahudurchbruch des Kinden nebst einer geschichtlichen Einbeitung (Wien. 1877).
- 52 GALEZOWSKY. — Accidents oculaires accompagnant l'éruption des molaires et des canines. Journ. d'ophtalmologie.
- 53 GALEZOWSKY (Xavier). — Etude sur les affections oculo-dentaires. In Recueil d'ophtalmologie, 1874, avril et juillet.
- 54 GAULTRON DE LA BATE. — De la première dentition. Paris, 1869.
- 55 GIRALDÈS. — De l'éruption des dents à la naissance. In Comptes rendus et Mém. de la Soc. de biol. 1860, p. 9.
- 56 GIRALDÈS. — Sur les dentitions prématurées (Bull. Soc. Chir., 1869, 2^e s. XI, 184).
- 57 GIRALDÈS. — Absence de dents chez un enfant de 16 mois. (Compte rendu de la Soc. Biol. 1860-1861, 3^e s, II, 9).
- 58 GIRTANNER ET HUNTER. — Traité de la dentition, 1728.
- 59 GUÉNIOT. — Eruption des dents à la naissance. In Bull. de thérap. 1875, p. 30.
- 60 GUERSANT. — Dictionnaire de Médecine, 1835 (t. X).
- 61 GUIBERT. — Observations sur les congestions cérébrales chez les enfants (Arch. génér. de méd. 1827).
- 62 GUYOT. — Varicelle de dentition (Soc. Méd. des hôp. 1872).
- 63 HALLER. — Elementa physiologica corporis humani, 1764.
- 64 HARDY. — Discussion à propos de la communication de M. Pamard (Bull. de l'Acad. de Méd. Séance du 9 août 1892).
- 65 HEUKE. — Eutwitckelungs-Krankbeiten, 1814.
- 66 HÉNOCH. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants. (Traduit de l'Allemand par le Dr Hendrix, 1885).

- 67 HÉRARD. — Discussion à propos de la communication de M. Pamard (Bull. de l'Acad. de Méd. Séance du 9 août 1892).
- 68 HERVIEUX. — Union médicale, 1853.
- 69 HESSE. — Poids et mesures d'un enfant. Tableau complet de sa vie pendant deux ans. Arch. für gynæk., 1818, T. 17, p. 150.
- 70 HIPPOCRATE. — Aphorismes (Section III).
- 71 HUNTER. — Traité des dents, 1728.
- 72 JACQUE. — Contribution à l'étude de la pathogénie des accidents qui accompagnent l'éruption des dents en général. Th. Paris, 1900.
- 73 KARNITZKY (A). — Soins des enfants de la première enfance (Edité sous la direction de J.W. Troïtzky, Kiew. 1899).
- 74 — Quelques observations sur la première dentition chez les enfants. Ann. de Méd. et de Chir. inf. 1899. Nos 17, 19, 20, 21, 22.
- 75 KASSOWITZ. — Journ. de Clin. et de Thérap. infantiles, 1896.
- 76 KASSOWITZ. — Vorlesungen über Kinderkrankheiten in Alter der Zahnung, 1892.
- 77 LE ROY DE MERICOURT. — Discussion à propos de la Communication de M. Pamard (Bull. de l'Acad. de Méd. Séance du 9 août 1892).
- 78 LEVÊQUE. — Mécanisme et accidents de l'éruption des dents. Th. Paris, 1881.
- 79 LOUP. — Compte rendu du premier congrès dentaire national tenu à Bordeaux, 1895.
- 80 MAGITOT. — De l'éruption précoce des dents temporaires. In Gaz. des hôp. 4-9 mai 1876.
- 81 MAGITOT. — Etudes cliniques sur les accidents de l'éruption des

dents chez l'homme. Archives générales de Médecine, nov. et déc. 1881.

- 82 MAGITOT. — Dictionnaire encyclopédique des sc. médic. Article Dents.
- 83 MAGITOT. — Des accidents de dentition (Bull. de l'Acad. de Méd. Séance du 12 juillet 1892).
- 84 MAHIEU. — Première dentition. Evolution dentaire. Th. Paris, 1892.
- 85 MALASSEZ. — Archives de physiologie, 1885, 3^e série.
- 86 MASSE. — De l'éruption des dents à la naissance. In Bull. de therap. 1874, p. 500.
- 87 MATTEL. — De l'éruption des dents à la naissance. In. Union Médicale, 1875, p. 870.
- 88 MÉTRAS. — Rapports pathologiques de l'œil et des dents. Th. Paris, 1873.
- 89 MEUNIER. — Accidents de dentition. Th. Toulouse, 1896.
- 90 MICHALSKI. — Etude sur la première dentition. Th. Paris, 1872.
- 91 MILLON. — In L'Ondotologie, 1897. p. 468.
- 92 MILLON. — Traité des maladies de l'enfance (Grancher, Comby, Marfan). Article dentition.
- 93 MOEKEL. — Anatomie générale, 1825.
- 94 NUYTS. — Thèse Paris, 1896.
- 95 OLLIVIER. — Rapport sur un mémoire de M. le Dr Chaumier (de Tours) relatif à l'hystère chez les nouveau-nés et chez les enfants au-dessous de deux ans. Bulletin de l'Acad. de Méd. Séance du 28 juin 1892.
- 96 OLLIVIER. — Discussion à propos de la communication de M. Pamard (Bull. de l'Acad. de Méd. Séance du 9 août 1892).

- 97 PAMARD. — Des accidents de dentition (Bull. de l'Acad. de Méd. Séance du 9 août 1892).
- 98 PARISOT. — Des accidents de première dentition. Th. Paris, 1856.
- 99 PARROT. — Clinique des nouveau-nés, 1877.
- 100 PÉTER. — Discussion à propos de la communication de M. Pamard (Bull. de l'Acad. de méd. Séance du 9 août 1892).
- 101 PLINE. — Eruption des dents à la croissance, in Hist. naturelle, livre VII, chap. XV.
- 102 POINSOT. — Les accidents de la première dentition, 1893.
- 103 POINSOT. — Archives générales de médecine, 1888.
- 104 POINSOT. — Bull. de l'Acad. de Méd. Juillet 1892.
- 105 POLITZER. — Ueber die Dentitione zugeschriebenen Krankh. (Wien med. Wochensch. 1874).
- 106 PRUDHOMME. — De la première dentition et des accidents qui accompagnent l'éruption. Paris, 1859.
- 107 RAMEAU. — De l'éruption des dents et des accidents qu'elle produit. Th. Paris, 1859.
- 108 REDIER. — Journal des sc. méd. de Lille, 1883.
- 109 RICHARD DE NANCY. — Accidents et signes généraux de la dentition, 1839.
- 110 RILLIET ET BARTHEZ. — Traité des maladies de l'enfance, 1843.
- 111 ROGER (Henri). — Rapport sur le prix d'hygiène de l'enfance. Acad. de Méd. 1885.
- 112 ROSEN. — Traité des maladies de la dentition, 1778.
- 113 RULLIER. — De la dentition et des accidents qui l'accompagnent. Th. Paris, 1845.
- 114 SAPPEY. — Eruption des dents à la naissance. In Compt. rend. et Mém. de la Soc. de Biol., 1859, p. 35.

- 115 SAVOYE. — De l'unité des accidents de dentition. Th. Paris, 1901-1902.
- 116 SEIGNEUR. — La dentition pendant les deux premières années. Th. Paris, 1887-1888.
- 117 SÉJOURNET. — Revue des maladies de l'enfance, 1885.
- 118 SERRES. — Nouvelle théorie de la dentition, Paris, 1817
- 119 SOLLIER (Mme). — Dentition chez les enfants arriérés ou idiots. Th. Paris, 1887.
- 120 SPRINGER. — De la croissance. Son rôle en pathologie. Th. Paris, 1890.
- 121 STAEGE. — Jahrbuch, für Kinderheilkunde. Vol. 20.
- 122 TARNIER. — Bulletin de thérapeutique, 1875, p. 30.
- 123 THÉRYC. — De l'influence du rachitisme sur la dentition et la locomotion. Th. Paris, 1872.
- 124 TOMES (CLS.). — Anatomie dentaire. Trad. du Dr Cruet.
- 125 TÔMES (J.). — Chirurgie dentaire, traduite par Darin.
- 126 TROITZKY. — Rapport à la Société physico-médicale de Kiew. (Traduit par Dr M^{lle} Schultz, In Ann. de Méd. et de Chir. inf. 1899. N° 16).
- 127 TROUSSEAU. — Ordre d'éruption des dents. In Journ. des connaissances médico-chirurgicales, syt. 1841.
- 128 TROUSSEAU. — Ordre d'éruption des premières dents et accidents : Gaz. des hôp., 1848, p. 276.
- 129 TROUSSEAU. — Clinique de l'Hôtel-Dieu, t. II.
- 130 VARIOT. — Journ. de clin. et de thérapeut. infantiles, 1899.
- 131 VOGEL. — Traité élémentaire des maladies des enfants, 1872.
- 132 VOGEL. — Die erste Zahn dierchbruch des Kinden nebst einer geschichtlicher Anleitung, Wien, 1877.
- 133 VORONIKINE. — Les pesées systématiques pendant la dentition. In Jahrbuch für Kinderheilkunde. Vol. 16.
- 134 WEST. — Maladie des Enfants, 1848.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.	9
HISTORIQUE.	11
CHAPITRE I. — De la percée des dents: âge d'apparition et ordre d'éruption des dents. . .	15
CHAPITRE II. — Des accidents qui accompagnent l'éruption des dents (accidents « dits » de dentition).	33
CHAPITRE III. — Que faut-il penser des accidents « dits » de dentition ?	45
CHAPITRE IV. — Symptômes qui traduisent la percée physiologique des dents.	63
CONCLUSIONS.	77
BIBLIOGRAPHIE.	80